REPORTERZY „WYBORCZEJ" POLECAJĄ

OBYŚMY ZDROWI BYLI

Służba zdrowia, koronawirus, rak i pieniądze

Kolekcja prenumeratorów „Wyborczej"

4 TOM

REPORTERZY „WYBORCZEJ" POLECAJĄ
OBYŚMY ZDROWI BYLI
Służba zdrowia, koronawirus, rak i pieniądze
Kolekcja prenumeratorów „Wyborczej"
4 TOM

Plik jest zabezpieczony znakiem wodnym

SPIS TREŚCI

Obyśmy zdrowi byli

- WĘZEŁ GORDYJSKI
- MOJE DWA TYGODNIE W SZPITALU
- POLSCY LEKARZE W EUROPIE
- DLACZEGO PROFESOR GINEKOLOGII POPEŁNIŁ SAMOBÓJSTWO?
- BOGOWIE SĄ WYPALENI
- HALINA MIAŁA LARWY W RANIE
- BOJĘ SIĘ, ŻE JESTEM PEDOFILEM
- CO WSTRZYKUJEMY W USTA, PIERSI I PENISY?
- CHORE NA RAKA DZIECI WIEDZĄ, CO SIĘ Z NIMI DZIEJE
- „CIESZ SIĘ ŻYCIEM" – MÓWI LEKARZ, A JA NIE WIEM, CO ROBIĆ
- KOBIETY WYCHODZĄ Z PŁACZEM OD GINEKOLOGÓW
- 4 TYS. NA RĘKĘ? PIELĘGNIARKI MÓWIĄ: „MAŁO"
- SPOWIEDŹ RATOWNIKA
- MIAŁEM DOŚĆ CIĄGNIĘCIA WÓZKA Z CHORYM SYNEM

„Reporterzy »Wyborczej« polecają”: Obyśmy zdrowi byli

Węzeł gordyjski

PIOTR GŁUCHOWSKI

Fot. Shutterstock

Rozwiązanie problemów polskiej służby zdrowia jest trudniejsze niż przecięcie tytułowego węzła, ponieważ nie da się – wzorem Aleksandra Macedońskiego – użyć miecza. A zbiorowy pacjent choruje czy też psuje się zarówno od głowy, jak i od ogona.

Agnieszka Kublik opisuje dwa tygodnie spędzone przy bliskiej osobie w szpitalu.

W kwicie o „obowiązkach lekarza" wyczytała, że „lekarz prowadzący pacjenta" ma być przezeń poinformowany o przyjmowanych lekach. Szuka lekarza prowadzącego jej krewną. Nie jest to proste. Medycy czasem przemkną po korytarzu, ale tak, żeby nikt ich nie złapał – gdzieś się spieszą (zwykle siedzą w „pokoju konferencyjnym" lub „lekarskim", wejście tylko po wystukaniu kodu). Niemili, opryskliwi, odburkują. Wyraźnie przemęczeni. Ordynator wyjaśnia, że jest mało lekarzy i nie ma sensu wyznaczać prowadzącego.

W „harmonogramie dnia" stoi jak wół, że rano, między godziną 6 a 8, są „zabiegi pielęgnacyjne". Ani krewna, ani żadna z jej współtowarzyszek z sali nie była ani razu umyta przez pielęgniarkę czy kogokolwiek innego z personelu. Ani razu przez dwa tygodnie.

Pościel we krwi? Nie ma co wymieniać, pobrudzi się znowu. Pani K. leżała kilkanaście godzin w zakrwawionej pościeli – przez całą noc. Pielęgniarki rano przewróciły kołdrę tak, by plamy krwi były od spodu, niewidoczne. Dopiero na wyraźne żądanie zmieniły pościel na czystą.

Cewnik do wymiany? Po co? Obowiązuje tu zasada, że cewnik wyjmuje się, dopiero gdy pacjent wychodzi ze szpitala. Pani T. leżała z niewymienionym cewnikiem 19 dni. Efekt? Bolesne zapalenie dróg moczowych.

I tak dalej.

Co na to wszystko medycy? „Za mało zarabiamy".

– Początkująca pielęgniarka po licencjacie może dostać 4 tysiące na rękę. Taka stawka może byłaby w porządku za pracę w przychodni, ale nie w szpitalu, gdzie odpowiedzialność jest dużo większa – mówi Ewie Wilczyńskiej jej imienniczka, pielęgniarka po licencjacie.

– Od 6 tysięcy na rękę możemy zacząć rozmawiać – deklaruje w rozmowie z Anną Kiedrzynek ratownik, który rzucił pracę. Dziennikarka: – Obawiam się, że to na razie nierealne.

Były ratownik: – Myślisz? Ludzi, którzy ukończyli ratownictwo medyczne, jest w Polsce około 25 tysięcy. Nawet jakbyśmy mieli zarabiać po 100 tysięcy złotych rocznie, to oznacza wydatek 2,5 miliarda, wciąż mało w porównaniu z 23 miliardami złotych, które rząd wydał ostatnio na zakup czołgów.

Ręce opadają? A może medycy z personelu mają rację, gdy patrzą na zarobki lekarzy? O tych ostatnich reporterzy piszą: „Bogowie są zmęczeni", „Bogowie są wypaleni". Mieszkam na wsi, gdzie pobudowało się wielu lekarzy. Mają olbrzymie domy, najlepsze fury, jeżdżą na wczasy do Meksyku, Kenii, do Nowej Zelandii. Nie odbiegają bogactwem od swych odpowiedników w Niemczech. Ale zasuwają najczęściej w kilku miejscach naraz i rzeczywiście mają prawo czuć się wykończeni. Dlatego w szpitalach są opryskliwi, aroganccy, myślą głównie o porządku w papierach i o tym, by nie popełnić błędu, który narazi na proces. Prywatnie są zwykle świetnymi ludźmi. W obrębie systemu stają się bezduszni.

Społeczeństwo nam się starzeje, starych i w związku z tym chorych przybywa szybciej niż pielęgniarek, lekarzy i szpitalnych łóżek. Matematycznie rzecz biorąc, to się musi skończyć katastrofą. Chyba że ktoś zdoła rozplątać ten węzeł. Norwegowie budują lecznice „na zapas". Jeszcze stoją puste, ale już są gotowe na nadciągająca falę.

Pisarz kryminałów Jo Nesbø porównał tę sytuację do budowy autostrad w Niemczech w latach 30. Drogi były wtedy dość puste (w porównaniu z czasami obecnymi), ale planiści i urbaniści już wiedzieli, że samochodów będzie przybywać i przybywać. My oczywiście nie mamy norweskiej ropy, tamtejszej wydajności pracy, polska innowacyjność to europejski ogon, większość naszych szpitali postawiono za Gierka. Czy jesteśmy w sytuacji bez wyjścia?

Ten tom książkowej kolekcji dla prenumeratorów odbiega, niestety, nastrojem od tomów o alpinistach, artystach i zwierzętach. Ale mimo wszystko zachęcam do lektury. Lepiej wiedzieć.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Moje dwa tygodnie w szpitalu

To prawdziwa historia. Dwa tygodnie spędziłam w szpitalu, opiekując się krewną. Spisuję sytuacje, które widziałam, bo liczę, że się obudzimy: urzędnicy, lekarze, pielęgniarki, chorzy i ich krewni. Nie piszę, gdzie jest ten szpital ani jak się nazywa, bo nie chcę nikogo piętnować.

AGNIESZKA KUBLIK

Fot. Sławomir Kamiński/Agencja Wyborcza.pl

W liczbie łóżek szpitalnych na tysiąc mieszkańców (6,6) Polska wypada bardzo dobrze; jesteśmy na trzecim--czwartym miejscu w Europie za Austrią i Węgrami, ex æquo z Republiką Czeską. Gorzej u nas z opieką...

Takich miejsc w Polsce jest pewnie wiele. Tak samo jak wiele jest szpitali fantastycznych. Z fantastycznymi lekarzami i pielęgniarkami. Wiem o tym, bo i w takich szpitalach bywałam.

Pani K., lat 87, łamie w domu biodro. Karetka, SOR. Dwie godziny czekania i prześwietlenie. Kolejne trzy godziny, przychodzi chirurg i decyduje: konieczna operacja. Panią K. przewożą na chirurgię urazową.

Szpital w wielkim mieście, nad wejściem wielka płachta: „Jesteśmy dla Was". Na tablicy ogłoszeniowej: „Tradycyjnie profesjonalni. Leczymy z pasją, opiekujemy się z troską". „Polityka zintegrowanego

systemu zarządzania to m.in. udzielenie świadczeń na najwyższym możliwym poziomie". Dalej wiszą „Obowiązki pacjenta" i „Obowiązki osób odwiedzających". „Prawa pacjenta" – w plastikowych koszulkach przypięte do tablicy pinezką. Mało który z połamanych pacjentów jest w stanie po nie sięgnąć.

Obok rozwieszony wielki czarny podkoszulek. Białe litery krzyczą do pacjentów: „Popieramy protest lekarzy".

Szybko do domu

W „Obowiązkach lekarza" czytam, że „lekarza prowadzącego" pacjent ma obowiązek „poinformować o przyjmowanych lekach". Szukam lekarza prowadzącego moją krewną. Nie jest to proste. Lekarze czasem przemkną po korytarzu, ale tak, żeby nikt ich nie złapał – gdzieś się spieszą (zwykle siedzą w „pokoju konferencyjnym" lub „lekarskim", wejście tylko po wystukaniu kodu). Niemili, opryskliwi, odburkują. Wyraźnie przemęczeni.

Pielęgniarki odsyłają mnie do dr. B. Zaprzecza, by był „moim" prowadzącym, ale jest pomocny. Sprawdza zapiski na karcie pani K., tam tylko inicjały „M.P.". Nie wiem, kto to. Na oddziale nigdzie nie ma listy pracujących tu lekarzy (oprócz nazwiska ordynatora). A nie wszyscy lekarze (i pielęgniarki) noszą tabliczki ze swoim tytułem, imieniem i nazwiskiem. Lekarz pacjentowi się nie przedstawia.

Ale dr B. domyśla się, o kogo chodzi. Ale i M.P. to nie jest „mój" lekarz prowadzący. Pytam pielęgniarki, kto może być lekarzem prowadzącym.

Przyznają, że nie wiedzą, bo lekarze im tego nie przekazują.

Szukam dalej, trafiam do ordynatora. I wszystko jasne. Ordynator wyjaśnia, że jest tak mało lekarzy, stale operują, że nie ma sensu wyznaczać lekarza prowadzącego. Zwłaszcza gdy rezydenci strajkują.

– Taki mamy system – ordynator rozkłada ręce. – Im szybciej wypiszemy pacjenta do domu, tym lepiej dla niego.

Najdłuższy kontakt z lekarzami chory ma podczas operacji – gdy jest znieczulony. Na co dzień lekarze podczas obchodu zatrzymują się przy łóżku pacjenta i pytają: „Jak się pani czuje?". Potem orszak szybko idzie dalej, do następnego łóżka.

Pościel we krwi

W „Harmonogramie dnia" na tablicy czytam, że rano, między godziną 6 a 8, są „zabiegi pielęgnacyjne".

„Zabiegi pielęgnacyjne"? Ani pani K., ani żadna z jej współtowarzyszek z sali nie była ani razu umyta przez pielęgniarkę czy kogokolwiek innego z personelu.

Ani razu przez dwa tygodnie.

Najwyraźniej panuje niepisana zasada, że należy to do rodziny. Zresztą przy przyjmowaniu pacjenta do szpitala pielęgniarki informują, że krewni mają kupić: pampersy, podkładki na łóżko, chusteczki do mycia i wodę. Generalnie – troska o leżącego pacjenta, czyli mycie, karmienie, opróżnianie basenu, to codzienny obowiązek rodziny.

A co z tymi, którzy są samotni? Których rodzina nie da rady wpadać do szpitala, bo pracuje albo mieszka daleko? Chorują niemyci?

Zapach nie kłamie: takich ludzi musi być na tym oddziale wielu.

Pościel we krwi? Nie ma co wymieniać, pobrudzi się znowu. Pani K. leżała kilkanaście godzin w zakrwawionej pościeli – przez całą noc. Pielęgniarki rano przewróciły kołdrę tak, by plamy krwi były od spodu, niewidoczne. Dopiero na wyraźne żądanie zmieniły pościel na czystą.

Cewnik do wymiany? Po co? Obowiązuje tu zasada, że cewnik wyjmuje się, dopiero gdy pacjent wychodzi ze szpitala. Niemożliwe? Ależ tak – panią T. poinformowała o tym pielęgniarka poproszona o wymianę. Pani T. leżała z niewymienionym cewnikiem 19 dni.

Efekt? Bolesne zapalenie dróg moczowych.

Zawracanie głowy

Nad każdym łóżkiem wisi karta, a na niej – imię i nazwisko. Ale pielęgniarki i rehabilitantki czasami zwracają się do pacjentów per ty. Bez imienia.

Jedzenie szykowane na miejscu. Śniadania i kolacje skromne, dwie-trzy kromki chleba, wędlina (najtańsza szynka mielona) lub plastry żółtego sera. Żadnych owoców czy warzyw. Zupy dobre, drugie dania smaczne, z warzyw szpinak, buraczki i marchewka na zmianę. Kompot.

Chorzy, którzy sami nie są w stanie się poruszać, mogą dostać herbatę, zupę czy kompot w zamykanych kubkach z dzióbkiem. Bardzo praktyczne, gdy można jeść tylko w pozycji leżącej.

Ale są pacjenci, którzy nawet takiego kubka nie utrzymają w ręku. Oni nie jedzą – ani panie rozwożące obiady, ani pielęgniarki nie mają czasu ich nakarmić.

Pani L. (leży połamana, spadła z konia) na podłogę upadł długopis. Poprosiła salową – akurat wieszała nowe worki na mocz – by jej podała. Usłyszała: – Nie mam tego w obowiązkach.

Długopis został pod łóżkiem.

– Czy może mi pani przelać wodę z większej butelki do mniejszej? Tak łatwiej pić – zapytała salową pani K. – Nie mam czasu – padła odpowiedź. Wody nie przelała.

Materac antyodleżynowy jest jeden. Zepsuty. Materace pod pośladki – cztery na 47 łóżek. O tym, że pani K. może mieć kłopot z odleżynami, poinformowały mnie zaniepokojone sąsiadki z łóżek obok. Pielęgniarka ani słowem o tym nie wspomniała. A gdy zapytałam, była oburzona, że ma się tłumaczyć.

Tak samo, gdy zapytałam, dlaczego w weekend nie wymienia się opatrunków na ranie pooperacyjnej.

Gdy pewnego dnia pani S., która leżała na łóżku obok mojej krewnej, nagle zaczęła się skręcać z bólu, poprosiła, żebym zawołała na pomoc pielęgniarkę. Poszłam po nią do dyżurki. Wpadła do sali. – Co się stało?! – krzyknęła.

Wystraszona pani S., zamiast opowiedzieć, co ją boli, przeprosiła. Dostała lek przeciwbólowy.

W sali pani K. na cztery pacjentki dwie mają aparaty słuchowe. Pielęgniarki i lekarze zamiast zgodnie z zasadami mówić do nich

powoli, wyraźnie i niskim głosem, podnoszą głos. Efekt? Osoba niedosłysząca rozumie jeszcze mniej.

Dzień dobry?

Na tym oddziale rzadko pada „dzień dobry". Wszyscy zabiegani, ale i skrzywieni, zniecierpliwieni, niezadowoleni.

Na kilkanaście pielęgniarek spotykam jedną, która się uśmiecha. Nawet czasem zażartuje.

Chory na takim oddziale, na którym spędziłam z krewną dwa tygodnie, czuje się jak w „Procesie" Kafki – wszyscy mają do niego pretensje, czegoś się domagają, więc zaczyna czuć się winny i bezradny. A ponieważ nie ma przecież powodu, by go o cokolwiek oskarżać, nie rozumie tej całej absurdalnej sytuacji.

Sfrustrowany, niedoinformowany, w brudnej pościeli, z niewymienionym cewnikiem, zamiast zdrowieć, ma się coraz gorzej.

To oczywiście zły system, w którym nie ma na nic pieniędzy. Generuje stres i zmęczenie. Ale czy i zwykłą arogancję, i brak kultury między ludźmi?

Nie trzeba wielkich pieniędzy, żeby nie krzyczeć na niedosłyszących, mówić do chorej „pani Aniu" zamiast ty, podać długopis, przelać wodę, wymienić cewnik. Drobne gesty mogą mieć ogromne skutki.

Ale lekarze ani pielęgniarki nie przechodzą przez szkolenia „obsługi" chorych, niedołężnych. A np. w USA studenci medycyny mają zajęcia, podczas których wkładają okulary pomazane wazeliną, wtyczki do uszu, groch do butów, ich ręce są unieruchamiane. Tak uczą się empatii.

Gdy na szpitalnym oddziale króluje bylejakość, brak kultury i współczucia, gdy nie ma dobrego gospodarza, szpital staje się wrogiem chorego. Bo sam szpital jest chory. Fizycznie i psychicznie.

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w styczniu 2018 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Polscy lekarze w Europie

Już trzy tysiące lekarzy rezydentów wypowiedziało dodatkowe dyżury. Za granicą praca na nich czeka.

DOMINIKA WANTUCH

Fot. Bartosz Bańka/Agencja Wyborcza.pl

Protesty medyków w Polsce wybuchają regularnie od 1989 r. Pierwszym głośnym wystąpieniem był ogólnopolski strajk lekarzy, którzy w 1993 r. zaprzestali wydawania druków L4. Ostatnim – zainaugurowane we wrześniu 2021 r. białe miasteczko 2.0 pod kancelarią premiera.

Kiedyś myślałam, że wrócę. Dziś już nie

Lilianna Bernaciak, 32 lata, Guben, Niemcy, lekarz pogotowia ratunkowego, w trakcie specjalizacji z interny

– Największy szok? Pamiętam pierwsze dni rezydentury. Lekarz prowadzący podszedł do mnie, podał rękę, a potem powiedział: „Masz jakiekolwiek wątpliwości? – pytaj! Zaczniesz dyżury, dzwoń z wątpliwościami. Pomogę". I rzeczywiście zdarzało mi się podczas dyżurów dzwonić do mojego opiekuna nawet o drugiej w nocy z pytaniami: co lepiej zlecić, jaki podać lek itd. Nigdy na odprawie nie było mi to wypomniane. Wręcz przeciwnie – często kończyło się żywą dyskusją ze starszymi kolegami.

Lilianna wyjechała do Niemiec zaraz po odbyciu stażu w Polsce. Zdecydowały trzy powody: stosunki między lekarzami, zarobki i to, że za granicą miała szansę, żeby mieć życie poza pracą.

– Znałam bardzo dobrze niemiecki, bo przez wiele lat inwestowałam w naukę, więc wiedziałam, że mam szansę – opowiada Lilianna.

Zaczęła od przeglądania magazynów branżowych, w których niemieckie szpitale ogłaszają, że szukają lekarzy. – Jest dużo ofert, szpitale, zapraszając na rozmowy, opłacają np. transport czy nocleg. Mnie zależało, żeby przeprowadzić się blisko polskiej granicy – podkreśla.

W Niemczech nie ma centralnego systemu, który zarządza lekarzami specjalistami, ubieganie się o rezydenturę odbywa się poza ministerstwem zdrowia, tylko między lekarzem a dyrekcją i ordynatorem.

– Zasada jest taka: jedziesz na rozmowę kwalifikacyjną, a potem odbywasz tzw. hospitation. Przychodzisz na trzy dni do szpitala, sprawdzasz, jak wygląda w nim praca, uczestniczysz w obchodzie, przyglądasz się pracy oddziału i lekarzy. Potem zaczynasz specjalizację.

Opowiem ci, jak wygląda mój dzień w małym przygranicznym szpitalu. Pracę zaczynam o 7 rano odprawą. Jeśli czeka mnie tego dnia 24-godzinny dyżur, to przychodzę na ósmą, żebym była bardziej wypoczęta, bo poprzedni dyżurujący lekarz pełni obowiązki do ósmej. Praca trwa osiem godzin, ale pracuję do 15.30, bo mam 30 minut na zjedzenie lunchu.

Czasami oczywiście zostajesz godzinę, półtorej dłużej, gdy musisz wypełnić dokumentację albo gdy chcesz doglądnąć pacjenta. I to jest bardzo ważne: możesz, ale nie musisz tego robić. Nikt cię nie może do tego zmusić, bo zawsze twoje obowiązki może przejąć lekarz dyżurujący.

Nadgodziny, zatwierdzone przez szefa, wprowadza się do systemu komputerowego, a sposób rozliczenia określony jest w umowie o pracę. Przeważnie szpitale preferują „oddać" nadgodziny w formie wolnego dnia lub – rzadziej – wypłaty. W Polsce znam wielu lekarzy, którzy w pracy zostają dłużej, bo mają kolejnych pacjentów, dokumenty do uzupełnienia, wypisy, i nikt im za to nie płaci. W Niemczech jest to nie do pomyślenia. Podobnie jak to, że po pracy w macierzystym szpitalu biegniesz do kolejnej, bo z pensji nie jesteś

w stanie się utrzymać. Oczywiście możesz wziąć dodatkową pracę, np. jeśli chcesz kupić dom albo prowadzisz bardzo wystawne życie, albo zwyczajnie chcesz więcej pracować. Ale nie znam żadnego lekarza, który musiałby brać dodatkową pracę, bo nie jest w stanie związać końca z końcem do wypłaty. Nie ma też zwyczaju łączenia pracy w szpitalu z prywatną praktyką.

Są lekarze, i ja się do nich zaliczam, którzy robią skomplikowane kursy uprawniające do jazdy w karetce pogotowia (Notarzt). Jeżdżąc dodatkowo karetką, możesz zarobić bardzo dobre pieniądze. Ale taka praca wynika raczej z chęci zdobycia doświadczenia, a nie z konieczności dodatkowego zarobku. Nie musisz tego robić, bo zaczynając rezydenturę, dostajesz 2-2,2 tys. euro miesięcznie plus wynagrodzenie za dyżury. Stawki za godziny dyżurowe ustalane są w umowie. Przyjęte jest, że w miesiącu lekarz ma średnio cztery 24-godzinne dyżury. Więcej? Tylko jeśli wyrazi zgodę. Ale nawet wtedy nie ma więcej niż siedem dyżurów. I to jest chyba największa różnica między Polską a Niemcami.

Co więcej, nie musisz się stresować, że zostaniesz obarczona dyżurami zaraz po stażu, bez doświadczenia klinicznego, że zostaniesz sama i nie będziesz wiedzieć, co zrobić, jaki lek podać, i nikt ci nie pomoże, bo starszy lekarz powie ci: „Co to za głupie pytanie, proszę sobie sprawdzić w podręczniku". Niestety to nieraz słyszą młodzi lekarze w Polsce.

Dyżury zaczęłam nie, jak to bywa w Polsce, od razu, tylko po trzech miesiącach pracy, gdy poczułam, że sobie poradzę.

W Polsce na pewno obgryzałabym paznokcie ze stresu, bo nikt, rozpisując grafik, nie zastanawia się, czy ten młody człowiek, w ręce

którego oddawane jest ludzkie życie, jest gotowy, by samodzielnie dyżurować.

Tak samo jak nikt nie zastanawia się, czy pacjent, który dostaje termin zabiegu za cztery lata, dożyje. Dla przykładu: termin operacji wymiany stawu kolanowego w moim szpitalu to jakieś dwa-trzy miesiące czekania. Ale to jest pochodna tego, ile pieniędzy przeznacza się na służbę zdrowia i jak jest ona zorganizowana. Tu jest kilka kas chorych, są większe nakłady na medycynę.

Jak w całych Niemczech, tak i w moim szpitalu mamy spory niedobór lekarzy. Pracują tu specjaliści z wielu krajów (m.in. z Rumunii, a nawet Kazachstanu). Mimo bariery językowej spotykamy się ze strony innych lekarzy oraz pacjentów z dużym szacunkiem i wsparciem. Nasza praca jest szanowana.

Gdy wyprowadzałam się z Polski, myślałam o tym, że kiedyś wrócę. Teraz już nie myślę o powrocie do pracy w Polsce jako lekarz. Czy popieram akcję protestacyjną kolegów? W zupełności – walczą o przyszłość nie tylko swoją, ale też pacjentów. Powodzenia! Macie prawo godnie żyć i pracować.

W Polsce starsi lekarze źle traktują rezydentów

Karolina Jasiak, 30 lat, Lozanna, Szwajcaria, IV rok specjalizacji z psychiatrii

– Słyszałam o polskich rezydentach pracujących po 400 godzin w miesiącu. Nie jestem sobie w stanie tego wyobrazić. Jestem w pracy 47 do 50 godzin tygodniowo – i to jest już bardzo duże obciążenie.

Karolina pracuje w poradni podlegającej szpitalowi uniwersyteckiemu. Wcześniej pracowała w szpitalu. Do Szwajcarii przyjechała cztery lata temu zrobić specjalizację z psychiatrii.

– Skłoniło mnie to, że tu otrzymuje się podwójny tytuł: psychiatry i psychoterapeuty. W Polsce nie jest to możliwe. Trzeba robić kursy psychoterapeutyczne w weekendy i płacić za to. A Szwajcaria jest krajem, który dopłaca do edukacji.

Drugi powód, dla którego zdecydowałam się przyjechać tutaj, to relacje z przełożonymi, które są przyjazne i bezpośrednie. Czuję się tutaj szanowana. W Polsce starsi lekarze nie traktują dobrze stażystów i rezydentów. Choć może protest, który teraz w Polsce trwa i który wspierają starsi lekarze, coś zmieni. Mam nadzieję...

W Szwajcarii służba zdrowia też ma swoje problemy i nie jest tak idealnie, jakby się mogło wydawać. Na przykład wiele szpitali nie płaciło za nadgodziny. Ale gdy pojawiły się skargi, głośniejsze sprzeciwy, zaczęto o tym rozmawiać wewnątrz szpitali i teraz trwają dyskusje, które mają doprowadzić do tego, by wszystkie przepracowane godziny powyżej 50 w tygodniu były dodatkowo płatne. Nie dotarło to nawet do szczebla rządowego, bo nie było takiej potrzeby.

Tu nikt nie traktuje lekarzy z takim lekceważeniem jak w Polsce. Nie wyobrażam sobie, żeby ktoś z rządzących szkalował i obrażał lekarzy, mówił, że mogą wyjechać, że chcą milionów i jedzą kawiory. Boli mnie, jak tego słucham, bo przecież człowiek powinien zarabiać tyle, by móc się utrzymać i mieć czas na odpoczynek. Nie dlatego, że jest leniwy, tylko dlatego, że zmęczony lekarz źle leczy, a przemęczony może zaszkodzić pacjentowi.

Tylko raz byłam w sytuacji, w której musiałam zastąpić koleżankę i pracowałam około 70 godzin w tygodniu. Po dwóch miesiącach takiej pracy nie byłam w stanie normalnie funkcjonować i pomagać pacjentom.

Zaczynam pracę o 8 rano i kończę o 18.30. To jest sporo godzin, ale wliczone są w to dyżury. W Szwajcarii trwają 12 godzin i standardowo mamy nie więcej niż trzy w miesiącu. Jeśli mam dyżur, to nie idę w ciągu dnia do pracy. Czyli jeśli pracuję trzy noce w tygodniu, to w ogóle już nie pracuję w ciągu dnia.

Zarobki nie są wyjątkowo duże jak na warunki szwajcarskie, ale pozwalają spokojnie żyć. Początkujący lekarz otrzymuje 4,5 do 5 tysięcy franków. Życie jest tu droższe niż w Polsce, ale myślę, że to mniej więcej tak, jakby w Polsce mieć na rękę ponad 4 tysiące złotych. A wiele rzeczy, które mają ceny międzynarodowe, takie jak podróże, ubrania, samochody, jest dla mnie tańszych niż dla przeciętnego Europejczyka.

W Szwajcarii lekarz zaczyna pracę zaraz po studiach i jeśli na przykład chce zostać tak jak ja psychiatrą, musi pięć lat przepracować na różnych oddziałach psychiatrycznych i rok na innym oddziale, np. geriatrii. Jeśli uznam, że psychiatria nie jest dla mnie, mogę zmienić specjalizację. Nie ma egzaminu na specjalizację. Żeby podchodzić do egzaminu kończącego, należy mieć przepracowaną określoną liczbę lat na oddziale o tej specjalizacji. Więc żeby zostać specjalistą, należy dostać się do pracy na wybranym oddziale.

Nie ma możliwości pracy ponad jeden etat, czyli maksymalnie do 50 godzin w tygodniu (na mojej specjalizacji to 47 godzin). Jeśli w ramach tego zdecydujesz się pracować dwa dni w jednym miejscu i

trzy w innym, to w porządku, ale nie możesz przekroczyć tej liczby godzin.

Jeśli decydujesz się na założenie rodziny, możesz pracować np. na 60 procent etatu i otrzymywać proporcjonalną pensję. I co najlepsze, nawet to wystarcza ci, żeby się utrzymać. Ale żeby być sprawiedliwym: urlop macierzyński trwa tu maksymalnie pięć miesięcy.

Kolejki do lekarzy? Nie słyszałam o takich w Szwajcarii. Nie ma bezpłatnej służby zdrowia.

W Polsce też jej nie ma, bo przecież każdy płaci składkę zdrowotną, ale system szwajcarski działa inaczej: są prywatne ubezpieczalnie i jeśli płacę za ubezpieczenie np. 300 franków miesięcznie, to zwracane jest mi wszystko, co wydam na leczenie powyżej 500 franków w ciągu roku. Im wyższą płacisz składkę, tym większy dostaniesz zwrot. Taki system powoduje, że wszystkie zabiegi, konsultacje, operacje odbywają się płynnie i szybko.

Chciałabym, żeby tak działało to też w Polsce, bo to nieprzyzwoite, że pacjenci mają większą szansę umrzeć, niż dostać się do specjalisty, a lekarze pracują na granicy wytrzymałości.

Gdy słyszę, ile pracują rezydenci w Polsce, nie wierzę

Andrzej, 27 lat, Sheffield, Wielka Brytania, pierwszy rok specjalizacji z radiologii

Do Wielkiej Brytanii przyjechał zaraz po studiach, na staż.

– Dwa lata przed zakończeniem studiów usłyszałem o możliwości stażu w Wielkiej Brytanii – i od tego czasu to było moim głównym

celem. Gdy przyjechałem, na początku oczywiście było ciężko z językiem, choć go dobrze znałem. W medycynie non stop ma się kontakt z pacjentem, trzeba też współpracować z masą ludzi z najróżniejszych specjalizacji i zawodów medycznych – to jest na początku stresujące. Ale szybko łapie się brakujące słownictwo. Najważniejsze jest jednak co innego: od razu zobaczyłem, jak bardzo różni się praca i opieka medyczna tutaj i w Polsce. W Wielkiej Brytanii nie ma prawie wcale prywatnych gabinetów. Wszystko odbywa się w ramach państwowej służby zdrowia. Na zabiegi czeka się maksymalnie kilka miesięcy, a w przypadku na przykład chorób onkologicznych czas od podejrzenia do badań i diagnozy nie może przekroczyć dwóch tygodni.

Nie mogę uwierzyć, że w Polsce na zabiegi planowe czeka się nawet kilka lat, że fundusz zdrowia jest tak niedofinansowany, a młodzi lekarze ledwo wiążą koniec z końcem.

Pracuję w szpitalu klinicznym w Sheffield. Niedawno skończyłem staż i zacząłem specjalizację z radiologii. Miałem egzamin, a następnie rozmowę kwalifikacyjną, podczas której oceniane były dotychczasowe osiągnięcia, CV i portfolio. Zasady są takie same na wszystkich specjalizacjach. Staż w Wielkiej Brytanii trwa dwa lata, a nie rok, jak w Polsce. I naprawdę zdobywa się umiejętności praktyczne. Mamy konkretne obowiązki, szkolenia. Odbywamy pierwsze dyżury pod opieką lekarzy specjalistów, przyglądamy się ich pracy, uczymy.

Jak wygląda praca lekarza rezydenta?

Nauka opiera się na szacunku. Nie ma barier między stażystami, rezydentami i specjalistami. Odkąd przyjechałem do Wielkiej Brytanii, zawsze miałem odczucie, że mogę o wszystko zapytać, że

zawsze mogę zadzwonić do starszego rezydenta czy konsultanta i poprosić o radę. Po pracy wychodzimy z naszymi przełożonymi na miasto, jemy razem posiłki. Przez cały staż grywałem raz w tygodniu w squasha z moim ponad 50-letnim lekarzem opiekunem. Wszyscy mówimy sobie po imieniu. Może się wydawać, że to mało znaczące, ale młodemu lekarzowi dodaje to pewności siebie.

Wspominam o squashu, bo w Wielkiej Brytanii po pracy jest na to czas. Gdy słyszę, ile godzin pracują rezydenci w Polsce, nie mogę w to uwierzyć. To jest balansowanie na granicy zdrowia lekarzy i bezpieczeństwa pacjentów. Na bezpieczeństwo kładzie się w Wielkiej Brytanii bardzo duży nacisk. Przychodzę do pracy o godz. 9 i pracuję do 17, z przerwą na lunch. Nie ma patologicznych sytuacji, o jakich słyszę w Polsce, że po pracy w szpitalu, w którym masz wielką odpowiedzialność i stres, biegniesz do kolejnej poradni albo na dyżur.

W Wielkiej Brytanii zarobki są wystarczające, żeby normalnie żyć już na stażu i na specjalizacji. A potem systematycznie rosną.

Na początku stażysta otrzymuje 22-33 tysiące funtów rocznie brutto w zależności od ilości pracy w nocy i w weekendy. To 1600-2300 funtów miesięcznie na rękę. Na drugim roku stażu roczny dochód brutto waha się między 28 a 42 tysiące funtów. Na bieżące utrzymanie (mieszkanie, jedzenie, paliwo etc.) wydaję ok. 40 procent zarobków. Zarabiając godziwe pieniądze, mogę część wolnego czasu poświęcić na dalsze kształcenie, czytanie podręczników czy najnowszych publikacji, a nie bieganie na kolejny dyżur.

Skoro mowa o dyżurach, to dla stażystów i rezydentów są one krótsze niż w Polsce i trwają zazwyczaj 12 godzin. I nie ma

możliwości, by lekarz po dyżurze zostawał dalej w pracy. Za jego obowiązek uważa się należyty wypoczynek, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Oczywiście, czasem brakuje lekarzy dyżurujących. Wtedy szpital oferuje bardzo wysokie stawki. Nawet stażysta może dostać wtedy 30 do 50 funtów za godzinę dyżuru, a przez weekend może zarobić nawet 700 funtów.

Kolejna różnica między Polską a Wielką Brytanią: tu w ciągu roku mamy 30 dni tak zwanego study leave, dni wolne, które są normalnie płatne, ale mogą być wykorzystane na naukę albo wyjazdy na szkolenia. Ja raz w tygodniu przez cały dzień mam seminaria i warsztaty z fizyki medycznej, które przygotowują mnie do zbliżającego się egzaminu. W trakcie specjalizacji mam też przyznany fundusz w wysokości 4 tysięcy funtów na różne kursy i podręczniki. Poza tym szpital organizuje dla nas podstawowe szkolenia.

Moja koleżanka rezydentka w Polsce właśnie chce zrobić kurs z zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych kosztujący około 2 tysięcy złotych. Ja na taki kurs zostałem wysłany już po kilku miesiącach stażu, a nie dopiero specjalizacji, i płacił za niego szpital.

Popieram lekarzy w Polsce i wkurza mnie, gdy ktoś mówi „niech jadą", „nie ma dla nich pieniędzy". Oni naprawdę mogą wyjechać i wszędzie znajdą pracę. Lepszą niż w Polsce. To, jak ciężko pracują, jaką ponoszą odpowiedzialność i w jakim stopniu poświęcają życie prywatne, a jak są za to wynagradzani, w Europie jest nie do pomyślenia.

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w grudniu 2017 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Dlaczego profesor ginekologii popełnił samobójstwo?

Myśl, że ludzie przestaną go szanować, mogła być nie do wytrzymania.

KATARZYNA WŁODKOWSKA

Fot. Paweł Małecki/Agencja Wyborcza.pl

Po śmierci prof. Wojciecha Rokity rodzina złożyła doniesienie do prokuratury, domagając się ścigania osób umieszczających nienawistne wpisy na forum „Echa Dnia" i na Facebooku.

– Cały czas o Wojtku myślę – mówi przyjaciel zmarłego profesora Wojciecha Rokity, lekarza i pierwszego zakażonego w Kielcach. – Gdyby nie był nadgorliwy, może byśmy dziś nie rozmawiali.

Wieczór, wtorek, 10 marca 2020 r. Profesor Wojciech Rokita, znany w Kielcach ginekolog, siedzi z przyjaciółmi w restauracji szwajcarskiego kurortu narciarskiego. Po chwili zdmuchuje świeczki z urodzinowego tortu, żegna się i wsiada z żoną w samochód. W południe następnego dnia są już w domu. Skrócili urlop, bo profesor od poniedziałku chce przyjmować pacjentki. Jak opowiadają bliscy i przyjaciele, boi się oskarżeń, że przebywał w niebezpiecznych rejonach.

A może obawia się, że sam się zakazi? Dzień wcześniej w Szwajcarii są tylko 164 potwierdzone przypadki koronawirusa, ale we wtorek liczba ta skacze do 476. Doniesienia o epidemii profesor śledzi nawet na stoku.

– Wojtek musiał mieć wszystko zaplanowane. – Dariusz Terlecki, też lekarz, przyjaźnił się z Rokitą od pierwszej klasy szkoły średniej. – Perfekcjonista do bólu. Chciał być w porządku.

Badanie profesor wykonuje w piątek w kieleckim szpitalu zakaźnym. Wymaz trafia do miejskiego laboratorium. Wieczorem premier Mateusz Morawiecki ogłasza wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego. O północy z soboty na niedzielę zamyka się granice, powracający do kraju Polacy muszą odbyć 14-dniową kwarantannę, ludzie zostają w domach. W chwili wprowadzenia ograniczeń jest 68 przypadków koronawirusa, dwie osoby nie żyją.

Profesor Rokita musi być przekonany, że jego wynik będzie ujemny, bo w sobotę jedzie odebrać z serwisu auto żony.

Bezgraniczne zaufanie

– Wybitny lekarz, świetny człowiek – Marzena Dębska, ginekolog i położnik, wdowa po prof. Romualdzie Dębskim, znała Rokitę od lat. – Ostatni raz widzieliśmy się w lutym, odwiedziłam Wojtka w Kielcach. Jedliśmy obiad, a ja nie mogłam przestać przyglądać się jemu i żonie. Tacy zgodni, szczęśliwi. Pomyślałam: mają wszystko.

Pacjentki do niego lgną, bo daje poczucie bezpieczeństwa. Doprowadza do końca ciąże, które inni spisują na straty, nie skraca niepotrzebnie dystansu, dowcipem rozładowuje trudne sytuacje. – Jedyny lekarz, którego obdarzyłam bezgranicznym zaufaniem – mówi Agnieszka Drabikowska, była dziennikarka kieleckiej „Wyborczej". – Dlatego cieszyłam się, że 23 marca mam u niego kontrolę.

Wojciech Rokita skończył studia w 1991 roku, pięć lat później obronił pracę doktorską. W 2012 zrobił habilitację, został profesorem nadzwyczajnym na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach, wojewódzkim konsultantem i szefem kieleckiej Kliniki Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego.

– Rodziłam osiem dni po tym, gdy objął klinikę i zaczął wprowadzać swoje zasady – dodaje Drabikowska. – Pamiętam, jak na salę weszła neonatolog, przedstawiła się i zapytała, czy może zbadać nasze dzieci. W pierwszej chwili żadna się nie odezwała, takie było zaskoczenie, że w szpitalu ktoś pyta o zdanie.

Dla współpracowników surowy, nie toleruje błędów. Jedna z pacjentek czeka pod gabinetem, kiedy przeprowadza odprawę. Po kilkunastu minutach na korytarz wychodzi kilka osób. Dwie lekarki

ocierają dłonią oczy. Później usłyszę, że to dlatego środowisko lekarskie nie od razu stanęło po jego stronie.

Błędów nie toleruje też u siebie. Gdy narobi bałaganu w dokumentach wysyłanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, nie może sobie tego wybaczyć.

W 2012 roku, gdy zaczyna rządzić kliniką ginekologii i położnictwa, świętokrzyskie noworodki umierają najczęściej w Polsce. Pięć lat później województwo ma najlepszy wynik w kraju. Osiąga to nie tylko dzięki lepszemu wyposażeniu szpitala, ale też (według niektórych głównie) twardemu egzekwowaniu nowych procedur. Lekarze powiatowi przestają ryzykować – jeśli wcześniak może nie przeżyć, ciężarna jedzie do szpitala z bardziej doświadczonym personelem. Albo profesor Rokita wsiada w nocy w samochód i wspiera lekarzy poza Kielcami.

Wykłada, szkoli, ciągle sam się uczy. Z żoną i córką (stomatolożka i ortodontka) prowadzi prywatną klinikę. I śpi po pięć godzin dziennie.

– Był przemęczony. Dlatego nie chciał zrezygnować z wyjazdu na narty – Dariusz Terlecki był z Rokitą w Szwajcarii. – Wcześniej upewniliśmy się, że rejon Sankt Moritz jest bezpieczny.

„Nowa kasta”

W sobotę 14 marca 2020 r. koronawirus zaczyna w Polsce przyspieszać. Do godziny 20.30 jest 35 nowych przypadków, umiera trzecia osoba.

Według sanepidu profesor o zakażeniu dowiaduje się w sobotę wieczorem. Zawiadamia stację w Kielcach, dzwoni do Terleckiego.

Wszyscy, z którymi miał kontakt, muszą zrobić test. Pierwszy wywiad epidemiologiczny sanepid przeprowadza z nim w sobotę przez telefon. Następnego dnia drugi – osobiście. Rokita nie mówi wtedy, że odebrał z naprawy samochód.

W niedzielę rano informację o pierwszej osobie zakażonej w Kielcach i trzeciej w województwie podaje Ministerstwo Zdrowia. Lokalna gazeta „Echo Dnia" ustala, że to lekarz. Poranne doniesienia brzmią, że zakaził się we Włoszech. Naczelny gazety będzie mnie przekonywał, że taka informacja wynikała z komunikatu służb wojewody. Ten jednak, jak sprawdziłam, mówił jedynie, że zakażony „był pod ścisłą kwarantanną, jego stan jest dobry i pozwala na to, by nie był hospitalizowany". Internauci zaczynają pisać na forum gazety: „Debili nie wpuszczać do Polski. Niech się wyleczy gdzie pojechał" albo: „Dlaczego lekarz nie leży w szpitalu zakaźnym? Nowa KASTA!!!!!".

W niedzielę profesor kładzie się w izolatce kieleckiego szpitala zakaźnego. Jak wyjaśnia rodzina, by się od nich odseparować. Na forach internetowych i Facebooku pojawiają się sugestie, że po powrocie ze Szwajcarii przyjmował pacjentki. Szpital wojewódzki, w którym profesor pracuje, wydaje więc oświadczenie: „W obliczu pojawiających się nieoficjalnych informacji chcemy stanowczo oświadczyć, że pracownik szpitala, u którego potwierdzono w ostatnich godzinach zakażenie, od czasu powrotu z zagranicy nie miał kontaktu z pacjentami i współpracownikami w szpitalu. Dotyczy to również innych miejsc, w których miałby świadczyć pracę. Pacjent postępował zgodnie z procedurami i poddał się kwarantannie. Jednocześnie chcemy wyraźnie podkreślić, że osoba ta nie przebywała w kraju o wysokiej transmisji nowego koronawirusa. Takie zachowanie było w pełni odpowiedzialne i

zgodne z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego czy Ministerstwa Zdrowia. Naszemu współpracownikowi życzymy szybkiego powrotu do zdrowia. Apelujemy o spokój i rozsądek. Opieranie się na sprawdzonych, oficjalnych informacjach".

Ja też słyszę – od wysoko postawionego urzędnika i osoby spokrewnionej z pielęgniarką – że Wojciech Rokita wpadł do szpitala po powrocie ze Szwajcarii. A także, że był widziany w kitlu. Żaden z rozmówców nie widział tego jednak osobiście. Z monitoringu nie wynika, by profesor był w szpitalu, nie ma go też w automatycznym systemie wjazdów i wyjazdów z terenu placówki. Kilkunastu pracowników oświadczyło na piśmie: „Nie przebywał w pracy".

– Wojtek miał zwyczaj, że pojawiał się w pracy nawet w weekend – dr Grzegorz Świercz był jednym z jego zastępców. – Chodził wtedy po oddziale z lekarzami dyżurnymi. Nie ma możliwości, by pojawił w klinice i nie poinformował o tym jednego z nich.

Rokita był w szpitalu, ale dzień przed wyjazdem. Odwiedził wtedy Andrzeja Witczaka, wicedyrektora Świętokrzyskiego Centrum Matki i Noworodka. – Jako konsultant wojewódzki pytał o możliwości przyjmowania u nas ciężarnych pacjentek z koronawirusem – opowiada doktor Witczak. – Po informacji, że jest zakażony, upewniłem się, czy nie było to po jego powrocie. Bo gdyby tak, musiałbym poddać się kwarantannie, zgłosić ten fakt sanepidowi i zastanowić się, kogo jeszcze odizolować od pracy w szpitalu.

Niedziela w Polsce: 21 nowych zakażeń. Na świecie kolejny rekord – choruje o 10 tysięcy więcej ludzi niż w sobotę, zmarły kolejne 694 osoby, z tego 389 we Włoszech. Źle jest w Szwajcarii.

Dlaczego nie powiedziałeś?

W poniedziałek rano Zbigniew Kała, właściciel kieleckiego salonu samochodowego, prowadzi odprawę z pracownikami. Rozmowa schodzi na pierwszego zakażonego w mieście. Ktoś rzuca: – Oby nie był to profesor Rokita, odwiedził nas w sobotę.

Kała zna Rokitę od lat. Dzwoni i pyta: – Wojtek, to ty? – Tak, to ja – odpowiada lekarz.

– Dlaczego od razu mi nie powiedziałeś? – Kała nie ukrywa wzburzenia. – Ludzi rozmawiających z tobą w sobotę nie wpuściłbym dziś do salonu.

Rokita: – Postępowałem zgodnie z procedurami, sanepid już wie, na pewno wszystko jest w porządku z twoimi pracownikami.

Zgodnie z procedurami, czyli zachowując dwumetrowy odstęp, nie podając ręki, opuszczając salon przed upływem 15 minut. Ale Kała przegląda monitoring i uznaje, że dystans był krótszy, a wokół lady, przy której widać profesora, stoi pięć osób. Rozmawiają, Rokita podpisuje fakturę, odbiera kluczyki.

– Po rozmowie z profesorem skontaktowałem się z sanepidem i zapytałem, co mam zrobić z pracownikami, którzy byli w sobotę w pracy – opowiada Zbigniew Kała. – Sanepid odpowiedział, że przecież nic się nie stało. Byłem bliski ataku szału. A jeśli ktoś jest zakażony, zakaził już dziś innych pracowników i teraz ja tych wszystkich ludzi puszczę w miasto!?

Nikt nie wyjdzie, póki nie dostanę z sanepidu oficjalnego pozwolenia, odpowiada Kała. 50 osób (pracownicy salonu i

blacharni) musi pozostać w dwóch budynkach. Kilka osób ze strachu dostaje drgawek.

– Po osiemnastej sanepid wysyła maila z pismem, że na pewno nikt nie jest zakażony – ciągnie Zbigniew Kała. – Zza biurka, bez rozmowy z którymkolwiek z pracowników, przejrzenia monitoringu czy wizyty w salonie, uznali, że wszyscy są zdrowi.

Pracownicy salonu jadą do domu, a o godzinie 21.04 Kała dostaje telefon, że osoby mające kontakt z profesorem jednak zostaną poddane kwarantannie.

Sanepid: „Zakażony oświadczył, że podpisał fakturę, nie płacił gotówką, było paru pracowników, ale w odległości paru metrów od niego. Pierwsza decyzja dotycząca salonu była oceną ryzyka zakażenia. Nowe dowody – zdjęcia z monitoringu przesłane drogą mailową – wskazały, że odległość między pracownikami a klientem mogła być mniejsza od dwóch metrów. Zdarzenie nie wyczerpuje w pełni definicji bliskiego kontaktu z przypadkiem COVID-19, ale w trosce o zdrowie pracowników i dobro publiczne została podjęta decyzja o kwarantannie dla pięciu pracowników widocznych na zdjęciu".

Tego dnia dzieje się coś jeszcze.

„Ciekawe, ile osób zakaził"

Kielecka „Wyborcza" podaje, że cztery pielęgniarki ze szpitala zakaźnego, gdzie lekarz wykonał w piątek test, także zostaną poddane kwarantannie. – Wojtek nie przyszedł jak na badanie, tylko wszedł jak do siebie, żadna z osób, która miała z nim kontakt, nie

była zabezpieczona – mówi mi pracownik szpitala. – Jak się okazało, że jest zakażony, nie było wyjścia.

Nazwisko i specjalizacja zakażonego nie pada w gazecie. Na forum pod tekstem kilka komentarzy („Wyborcza" pozwala komentować tylko użytkownikom, którzy kupili płatną prenumeratę), jeden z nich: „Czy to odpowiedzialne zachowanie znanego lekarza?". Ale „Echo Dnia" ma już newsa, że zakażony koronawirusem odbierał w sobotę auto. Pod tekstami i na Facebooku setki komentarzy: „Lekarze biedacy wracający z wczasów z zagranicy. Polska już nie wystarczy?". „Ten lekarz jest ordynatorem w wojewódzkim szpitalu zespolonym. Nazywa się R....a, tak jak były poseł z Krakowa". „Ciekawe ile osób doktorek zaraził... Mógł przyjmować w prywatnym gabinecie". „Był widziany w jednej z kieleckich aptek. Ciekawe gdzie jeszcze spacerował ten odpowiedzialny Pan Doktor". „Powinien siedzieć w domu na dupie, a nie jeździć po Kielcach. Niech odpowiada karnie!". „Cymbał zawsze pozostanie cymbałem".

Profesor Rokita czyta to już zamknięty w izolatce. Chorobę przechodzi bezobjawowo, rodzinie mówi, że w końcu w spokoju popracuje. I dodaje: „Czuję strach personelu przed zakażeniem". Opowiada też – jak relacjonuje córka – o telefonach z pretensjami.

– Powiedział mamie, że ludzie go zadręczają – twierdzi Karolina Rokita. – Mnie mówił: nie martw się, niech się leje ten hejt, to minie. A mnie aż trzęsło. Mało razy czytałam na forach, że my, lekarze, to patologia? Potem ci sami ludzie przychodzą do nas i proszą o pomoc. Dlatego zgłaszałam te wszystkie okropne komentarze. Wiem, że kilka osób telefonowało do naczelnego „Echa". Moderator nie reagował.

W końcu – w poniedziałek wieczorem – profesor sam dzwoni do szefa świętokrzyskiego „Echa Dnia". Prosi o wyłączenie możliwości komentowania pod artykułem „Koronawirus w Kielcach! Chorym jest lekarz". Stanisław Wróbel twierdzi, że rozmawiali kilka razy, profesor nie wyglądał na przejętego komentarzami, następnego dnia ustalili nawet, że – jak wyjdzie ze szpitala – przeprowadzą wywiad. Profesor opowie o przebiegu choroby, wyjaśni wątpliwości.

Redaktor możliwość komentowania pod tekstem wyłącza wieczorem. Ale profesora martwią wpisy na Facebooku. Pisze do Wróbla SMS-a: „Proszę. Bardzo proszę". Te komentarze zostaną zablokowane dopiero po jego śmierci. – Blokada w mediach społecznościowych powoduje jeszcze większą agresję użytkowników – tłumaczy Wróbel. Jego gazeta w grupie Polska Press ma jedne z najlepszych wyników, także dzięki setkom komentarzy. – Zrobiliśmy wszystko, co można. Moderowaliśmy opinie, pod tekstem o salonie samochodowym od razu je zablokowaliśmy, nie podaliśmy, że chodzi o profesora. Ludzie sami to ustalili. Zrzucenie na mnie winy za jego śmierć też jest hejtem.

Doktor Grzegorz Świercz: – Hejt na lekarzy stał się modny, to nie dotyczy wyłącznie forum „Echa Dnia". Dziwię się, że izba lekarska już dawno nie wynajęła kancelarii prawnej, by postawić granicę. Te komentarze dla wszystkich nas są bardzo trudne.

W poniedziałek po południu resort zdrowia informuje o 734 osobach z podejrzeniem koronawirusa. Wieczorem dochodzi czwarta ofiara śmiertelna i 21 nowych zakażeń. Minister Łukasz Szumowski nie ukrywa, że na koniec tygodnia może być ich 1500 albo więcej.

Profesor – jak mówi żonie – tej nocy nie śpi.

Ciebie też zaszczują

We wtorek media podają, że prokuratura zajmie się lekarką ze Śląska. Przyjmowała pacjentów, mimo że wcześniej skierowano ją na kwarantannę. Internauci: „Powinna zostać pozbawiona prawa leczenia".

Na kieleckich forach opisywani są dwaj inni lekarze. Pediatra Zdzisław Domagała oskarżany jest o zakażanie pacjentów, choć jest zdrowy. Marcinowi Miśkowi ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, konsultantowi wojewódzkiemu ginekologii onkologicznej, zarzuca się, że przywiózł córkę „z podejrzeniem koronawirusa" na oddział. Autor wpisów sugeruje, że „pacjentka ma wiele symptomów wskazujących na status osoby o bardzo podwyższonym ryzyku zakażenia". Bo wróciła z Włoch. Szpital prostuje, doktor Misiek zgłasza sprawę prokuraturze. – Córka była we Włoszech – wyjaśnia mi. – Do 22 lutego na obozie studenckim. Po powrocie, na polecenie rektora, wszyscy przeszli dwutygodniową kwarantannę. Osobom z cechami infekcji zrobiono testy. Nie potwierdziły zakażenia. Studenci 9 marca wrócili na zajęcia.

Dzień później córka dostała anginy ropnej. – Mam do siebie żal, że leczyłem ją w domu antybiotykami – mówi. – W nocy zaczęła się dusić, wystąpił obrzęk krtani. Zawiozłem ją do szpitala, gdzie mamy oddział laryngologii. Ratowałem życie dziecka. W szpitalu została skonsultowana z lekarzem zakaźnikiem. To, co potem przeczytałem, zabolało, ale podszedłem do tego spokojnie. Rozumiem, jak działa strach.

W sieci można też przeczytać, że Rokita na test został doprowadzony w kajdankach, a jego rodziny nikt nie chce obsługiwać w sklepie. Terlecki pisze do niego SMS-a: „Jak się czujesz?". Odpowiedź: „Jeszcze

żyję (I to całkiem nieźle)". Przyjaciel pyta, jak pomóc: „Daj spokój, Darek. Ciebie też zaszczują".

Żona ostatni raz dzwoni do niego po godzinie 22. Już nie odbiera. Katarzyna Rokita jest przekonana, że mąż odsypia poprzednią noc. Rano znajdują go pielęgniarki. Samobójstwo. Prokuratura wszczyna śledztwo. Żaden zakład pogrzebowy nie chce zabrać ciała. Bo koronawirus. Robi to miejska spółka.

W środę rodzina składa doniesienie do prokuratury. Chce ścigania osób umieszczających wpisy na forach i Facebooku „Echa Dnia". Podnosi też kwestię pomocnictwa do zniesławiania przez dyrekcję i pracowników dziennika. – Gazeta nie moderowała hejterskich wpisów. To jest naszym zdaniem pomoc w popełnieniu przestępstwa – mówi adwokat Sławomir Gierada, pełnomocnik rodziny.

Zawiadomienie składa też kielecki przedsiębiorca Maksymilian Materna. O śmierć lekarza obwinia „Echo", z którym od 2016 roku jest w konflikcie. („Echo" opisuje jego problemy z prawem i wyrok za pobicie kobiety). Materna twierdzi, że profesor zadzwonił do niego i „błagał o pomoc". Dlatego opublikował na Facebooku filmik w jego obronie. Profesor miał dziękować i dodać, że w środę będzie potrzebne jeszcze jedno nagranie. Bo „wyjdą informacje, które wszystko zmienią". Tylko że środy już nie było.

Świętokrzyska Izba Lekarska odzywa się ponad tydzień później (27 marca). Wydaje oświadczenie w sprawie „stanowczego sprzeciwu przeciwko szykanowaniu lekarzy i lekarzy dentystów" i dodaje, że śmierć profesora to wina artykułów w „Echu Dnia" i opinii pod nimi. Ale wkrótce prezes Izby wycina z oświadczenia oskarżenia wobec „Echa".

Wszyscy zdrowi

Wyniki testów 15 osób mających kontakt z profesorem: pielęgniarek, pracowników salonu, rodziny i przyjaciół, którzy byli w Szwajcarii, są negatywne. Test żony profesora najpierw dał wynik niejasny (plus/minus), powtórny wykluczył koronawirusa. – Sanepid był pobrać próbki jeszcze trzy razy – mówi mecenas Gierada. – Jakby szukali do skutku. Dlatego złożyliśmy wniosek o ponowne zbadanie zabezpieczonego materiału biologicznego profesora.

Wojciech Kała, właściciel salonu samochodowego, przypuszcza, że profesora zaczęło męczyć poczucie winy.

Jeden ze współpracowników Rokity dodaje: – Myśl, że ludzie przestaną go szanować, mogła być dla niego nie do wytrzymania.

Prof. Joanna Tokarska-Bakir, antropolożka kultury: – To prędzej czy później musiało w Polsce nastąpić. Tak reagujemy w kryzysie, a zaraza jest potężnym kryzysem. Pojawia się strach przed śmiercią, a ten społeczeństwo przezwycięża przez szukanie winnego.

Dariusz Terlecki: – Miał pecha, był pierwszym zakażonym. Wszyscy wręcz wyczekiwali tej informacji. Dziś sytuacja nie wzbudziłaby pewnie tylu emocji. W dodatku chyba wynik pierwszego testu był fałszywie pozytywny. I tego najbardziej nie mogę przeżyć. Ludzie by teraz Wojtkowi tylko współczuli.

„Echo Dnia" po oskarżeniach o hejt umożliwia komentowanie tylko zalogowanym użytkownikom.

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w kwietniu 2020 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Bogowie są wypaleni

Chłopiec jest w agonii. Matka i ojciec pijani. Muszę im powiedzieć, żeby w ostatniej chwili trzymali syna za rękę.

ALEKSANDRA SZYŁŁO

Fot. Renata Dąbrowska/Agencja Wyborcza.pl

W Polsce działa 115 hospicjów stacjonarnych (mają 2260 łóżek), do tego 839 hospicjów domowych oraz 11 ośrodków opieki paliatywnej.

ALEKSANDRA SZYŁŁO: Po 15 latach odeszła pani z pracy w hospicjum.

JUSTYNA RUTKOWSKA*: Dokładnie po 14 latach i 9 miesiącach. Ta decyzja dojrzewała we mnie co najmniej od trzech lat. Było przewlekłe zmęczenie mimo dużej ilości snu. Brak rytmu, codziennych rytuałów, życia poza pracą. Spośród wąskiego grona przyjaciół regularny kontakt utrzymywałam z kilkoma osobami, w tym dwie były z hospicjum.

Cały czas się dokształcam, z uwagi na podjęte studia psychoterapeutyczne od czterech lat przechodzę własną psychoterapię. Moja psychoterapeutka często dziwiła się, że tak „łatwo" mówię o śmierci, że mnie to nie porusza. Miałam wielkie szczęście, że pięć lat temu poznałam profesjonalną psychoonkolożkę Jadwigę Koźmińską-Kiniorską ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Zauważyła: „Masz smutne oczy, nie bawisz się". Poprosiłam ją o superwizję, która trwała pięć lat. Spotykałyśmy się raz na kwartał, czasem co miesiąc. Mozolne, cierpliwe rozmowy sprawiły, że zaczęłam się „roztapiać", czuć i rozumieć siebie.

Jest też inna, prozaiczna, przyczyna odejścia z tej pracy. Żeby się utrzymać, zawsze musiałam mieć drugi etat i jeszcze pacjentów w gabinecie prywatnym. Jednocześnie praca w hospicjum była na pierwszym miejscu – tam nie odmawiamy. Przez lata traktowałam jako normę, że zdarzało się, że pracowałam w niedzielę, np. o godz. 23, albo w weekend godzinami rozmawiam przez telefon służbowy. Że jestem na wezwanie: pacjenta i zespołu.

Przeszła pani drogę od wolontariuszki, po asystentkę prezesa, rzecznika, koordynatora wolontariuszy, sekretarza, psycholożkę, terapeutkę i szkoleniowca.

– Pracę w hospicjum zaczynałam jako studentka drugiego roku psychologii, ledwie po dwudziestce. Do tej wiedzy, którą dziś mam, dochodziłam dwutorowo: nieustannie dokształcając się oraz na podstawie własnego doświadczenia, często z trudem.

Dlaczego?

– W naszym zespole panowała niepisana umowa: jesteśmy mocni. Mało zarabiamy, ale to jest wartość, bo przyświecają nam idee chrześcijańskie. Czasem miałam wrażenie, że panował brak akceptacji dla słabości, chociażby chwilowej. Im więcej się robi, tym lepiej. Fakt, że przynajmniej połowa twojej pracy nie jest opłacona, przyjmujemy w takiej organizacji jako normę.

Wśród lekarzy, ale też pielęgniarek, wolontariuszy panuje przekonanie o omnipotencji. Możemy być pod telefonem w każde święta, każdy weekend, w nocy.

Nie potrzebujemy superwizji. To na szczęście powoli zaczęło się w ostatnim czasie zmieniać. Członkowie zespołu pracującego latami w takim trybie odreagowują nieświadomie.

W jaki sposób?

– Porównujemy się, jesteśmy aroganccy, jeden drugiemu stawia zarzuty i wyśrubowane oczekiwania. Część pracowników, między innymi ja, miała za mało życia prywatnego. U niektórych osób to mogła być świadoma decyzja o poświęceniu się sprawie. Ja w pewnym momencie musiałam skonfrontować się z myślami o utraconej połowie życia. Czasem słyszałam, jak koleżanki mają przebłyski typu: „Znowu nie zdążyłam nic kupić dzieciom na śniadanie do szkoły". Chwila takiego żachnięcia, że ciągle mi coś w domu ucieka. Ale nie przystają, nie analizują głębiej. Dlaczego

kolejny raz nie ma nic w lodówce? Dlaczego nie mam głowy do tego, by dzień wcześniej zaplanować zakupy? Często pojawiają się konflikty w małżeństwach, bo mężczyźni nie wytrzymują żony wiecznie nieobecnej. Wiszącej w weekend i wakacje na telefonie. A ona rozmawia o czyjejś śmierci, więc uważa, że to pilniejsze od stygnącego obiadu.

My, pracownicy hospicjum, to ci „ludzie z dobrym sercem". Granice tej pracy są tabu w zespole.

Choć, fakt, przez tych 15 lat coś drgnęło. Jak przyszłam, każdy był na telefon zawsze. Kilka lat temu pojawiły się dyżury: wigilijny, noworoczny, nocny. Ale wciąż na palcach jednej ręki mogę policzyć rozmowy, w których ktoś z pracowników mówił mi o potrzebie granic, o jakiejś słabości. Niemal nigdy nie byli to lekarze. Mówiąc to, chcę podkreślić, że z każdym rokiem tych lekarzy bardziej doceniałam, bo lepiej rozumiałam ich pracę. Zaczęłam jednak widzieć, że brak granic stawia pod znakiem zapytania jakość tego, co dajemy pacjentom. Myślałam: na ile działanie pracownika hospicjum jest dla pacjenta, a na ile zaspokaja jego samego. Jego wyobrażenia o sobie. Kiedy doszłam do mojej prywatnej ściany i zaczęłam próbować stawiać w pracy granice, spotkało się to z niezrozumieniem. Dlaczego nie możesz przyjąć dzisiaj dodatkowych dwóch pacjentów? Bezpłatnie, oczywiście. Odpowiedź jest prosta. Przestajesz być zaradna, zawodzisz.

Dlaczego to lekarze są najbardziej oporni na wiedzę o higienie psychicznej w swojej pracy?

– Lekarze wiedzą bardzo dużo o higienie psychicznej. Ale mam wrażenie, że często nie przekładają tego na swoje życie zawodowe. Kiedy próbowałam na ten temat rozmawiać podczas szkoleń, jakie

prowadziłam, wychodziło, że już na studiach zrobiono z nich „bogów". Lekarz wkłada biały fartuch i nie choruje.

Lekarz musi wiedzieć i mieć siłę. A jeśli musisz być bogiem, to często odcinasz się od swoich prawdziwych emocji, nie ma miejsca ani czasu na słabość.

Proponowałam różne szkolenia dla naszego zespołu dotyczące komunikacji, asertywności czy form superwizyjnych. Pracownicy medyczni bardzo często nie mają wiedzy w zakresie profesjonalnej komunikacji, zwłaszcza w sytuacji tzw. zdarzeń niepożądanych w relacji z pacjentem czy rodziną. Nie ma takich zagadnień i ćwiczeń na ich studiach. Ale nie chcieli wziąć w nich udziału. Dzisiaj wiem, że to nie wynikało ze złości czy braku sympatii do mnie. Myślę, że wynika to z roli „omnipotentnych", jaką kazano im zacząć grać już na studiach.

Może po prostu nie mają czasu na szkolenia?

– Oczywiście, polscy lekarze często pracują na dwa, trzy etaty ze względów m.in. finansowych. Wówczas – przemęczeni – tym bardziej odcinają się od własnych potrzeb. Szkolą się bardzo dużo, ale wyłącznie pod kątem medycznym. Pracują pod dużą presją.

Lekarze nie rozumieją roli psychologa?

– Zdarzało mi się słyszeć, że gdyby nie wymóg w kontrakcie z NFZ, to psycholog w hospicjum nie byłby potrzebny. „Też jestem psychologiem" – często mówią. „Też miałem psychologię na studiach". Albo: „W moim domu też robię za psychologa".

Nieraz słyszałam: „Po twojej wizycie pacjenta rozbolała głowa", „Rodzina dalej nie współpracuje", „To nie jest terapia...". Takie uwagi

wynikały z niezrozumienia charakteru mojej pracy. Psycholog to nie antydepresant. Nie można oczekiwać, że przyjdzie na godzinę, ukoi i sprawi, że na przyjście lekarza pacjent już jest spokojny. Może się zdarzyć, że pacjent w rozmowie ze mną zechce pozwolić sobie na złość, jakąś osobistą, bolesną tajemnicę. Tak, potem może boleć go głowa, może być senny i zamknięty albo pobudzony. Ale to był przecież potrzebny z jego punktu widzenia proces. Proces godzenia się z sobą. To jest ogromny wysiłek – mierzyć się ze sobą i przyglądać sobie, kiedy trzeba przygotować się nie do życia, ale do odejścia.

Mówi pani, że lekarzom zdarza się już po pierwszym zdiagnozowaniu stanów depresyjnych czy lękowych u pacjenta paliatywnego proponować antydepresanty. Czy to źle? Jaka jest wartość w tym, żeby w hospicjum takich środków unikać?

– Sama możliwość otrzymania takich leków nie jest zła, czasem konieczna. Ale też nie każdy pacjent tego chce. Takie leki wyciszają, przytłumiają, usypiają. Przy odpowiedniej opiece psychologicznej może się okazać, że pacjentowi antydepresanty nie zawsze są potrzebne. Trzeba sobie zadać pytanie: czemu ma służyć podanie antydepresantów i kto ma na tym skorzystać – komu i w czym ma to pomóc.

Jakie jest w ogóle zadanie psychologa w hospicjum? Czy psycholog może pomóc na strach przed śmiercią?

– Pracy w hospicjum nie można porównać do pracy w poradni czy gabinecie prywatnym, gdzie pacjent wchodzi na 50 minut, a potem umawiamy się na za tydzień o tej samej porze. Tu potrzeby i rodzaj pomocy czy interwencji muszę oceniać na bieżąco, nierzadko skupić się na czymś innym niż typowa praca psychologiczna, np. na

logistyce powiązanej ze stanem fizycznym pacjenta. Pacjent może być w dużym bólu fizycznym albo bardzo senny, albo wymiotujący, zatem termin wizyty czy czas jej trwania trzeba zmienić. Byłam z wizytą u dziewczyny przed dwudziestką. Ona nie ma ochoty ze mną rozmawiać, a ja widzę, że jest przede wszystkim bardzo samotna. Siedzi cały dzień w fotelu, rodzice w pracy. Proponuję jej wolontariuszy hospicyjnych w podobnym do niej wieku. Tu nie potrzeba terapii. Oni przychodzą regularnie, spędzają razem czas po młodzieżowemu. I tak przez jeszcze kilka miesięcy. Ja się wycofuję, zapewniając gotowość pomocy.

Do 18-letniego Roberta pojechałyśmy razem z pielęgniarką. Mieszkanie dość duże, brudne. Matka na rauszu, ojciec tak pijany, że nie wstaje z łóżka. Robert leżał w samych szortach, nieprzykryty, okno w pokoju otwarte, choć nadchodziła zima. Podchodzimy z pielęgniarką i widzimy, że chłopiec jest w agonii. Wychodzę z jego pokoju i mam zadanie. Szybko, ale jakoś bardzo delikatnie powiedzieć matce, żeby poszła do syna i trzymała go za rękę, ponieważ on odchodzi. A ona ma jakieś zupełnie inne rzeczy w głowie, coś mi zaczyna opowiadać, co będzie za tydzień. A ja czuję, że muszę zdążyć. Ona musi zdążyć. Obie musimy. W międzyczasie dzwonię po księdza, pielęgniarka prosi matkę o gromnicę. Żeby zdążyć tę chwilę godnie przyjąć. Przychodzi ksiądz, taki wielki, sympatyczny. Przez dom ciągle przechodzą różni ludzie, dzieci, rodzina, sąsiedzi. W pewnym momencie ojciec wybudza się i rzuca ze szlochem na syna, mocno go przytulając. Może dociera do niego, co się dzieje? Nagle podnosi się od łóżka Roberta i rzuca się na księdza, mnie popycha. Jest jeszcze większy od księdza. W międzyczasie wzywamy pogotowie i policję. Sytuację uratowała lekarka hospicjum, która właśnie stanęła w drzwiach. Przyjechała na telefon pielęgniarki, aby stwierdzić zgon. Znała tego ojca. Jej

posłuchał. Zdążyliśmy. Robert odszedł przy cichej modlitwie w obecności matki.

Zawsze proponowała pani księdza?

– To zależy od pacjenta i rodziny. W rozmowie z panią mogę pożartować, że choć ja często proponowałam księdza, żaden z nich nie proponował pomocy psychologa. Ale oczywiście moje osobiste relacje z Kościołem nie mają tu nic do rzeczy, liczy się pacjent. Nie proponowałam nigdy księdza zamiast psychologa, tylko obok.

Wracając do mojej roli w hospicjum, pracę stricte psychologiczną z pacjentem, rozumianą jako pewien świadomy proces, do którego z otwartością i chęcią przystępują pacjenci oraz ich rodziny, który pokonujemy w wielu konsultacjach, traktowałam jako wyjątkowy przywilej. Do takiej pracy pacjent musi być gotowy i chętny. W takim ujęciu to było rzadkie. Najczęściej to były małżeństwa. Dobre, świadome, takie, co to przeżyły ze sobą kawał życia. Takie, w których jest szacunek. Taki był pan Bogdan i jego żona Ola. Inżynier, znana osoba w mieście. W tej rodzinie nie było rywalizowania, kto ma rację. Było ciepło. Mężczyźnie w sile wieku nie jest zapewne łatwo czy miło spotykać się z młodą kobietą, psycholog, kiedy on ma karmienie dojelitowe, nie może już wyraźnie mówić, nie kontroluje wycieku śliny. A w tym domu byłam przyjmowana z wdzięcznością. Towarzyszyłam przy przechodzeniu przez kolejne, naturalne etapy przez ponad pół roku: szok, złość, nieprzyjmowanie choroby do wiadomości, targowanie się z chorobą, przez stany depresyjne, aż po wyciszenie, akceptację.

Kim jeszcze się pani zajmowała?

– Osobną grupą pacjentów hospicjum są staruszkowie. Tacy, co całe życie przeżyli na wsi, zajmując się gospodarstwem. Na ostatnim

etapie życia, kiedy choroby odbierają im samodzielność, dorosłe dzieci, w dobrej wierze oczywiście, zabierają ich do siebie, do bloku w mieście.

Ci starsi ludzie w ogóle nie mogą się tu odnaleźć. Pozbawieni całego swojego świata, samotni. Praca z nimi polegała właściwie na dotrzymaniu towarzystwa, wysłuchaniu, powspominaniu, wykazaniu zrozumienia.

Jak trzeba było, wykonywałam proste czynności higieniczne, zmiana pampersa nie była dla mnie problemem. To nie była rola psychologa, ale rola człowieka. Razem z pielęgniarką edukowałyśmy też rodziny: jakie objawy, jak ulżyć, co z wenflonem, jak rozmawiać i dawać bezpieczeństwo. Po przeciwległej stronie byli pacjenci młodsi ode mnie. Młode matki albo kobiety, które nie zdążyły założyć rodziny. Dla nich nauczyłam się być jak najbardziej zwykła. Z delikatnym makijażem, bez zbędnej kolorystki w wyglądzie. Nie stroiłam się dla pacjentów, ale są różne sytuacje, czasem wracałam ze szkolenia, które prowadziłam, i byłam w marynarce i szpilkach na przykład. Czerwone paznokcie zazwyczaj nie są dla nas niczym szczególnym, ale pacjentkę mogą zablokować. Rażąco przypomnieć jej o tym, co traci, wywołać zazdrość i żal.

Jakie granice można sobie stawiać w pracy psychologa?

– Niezależnie od emocji psycholog nie powinien się w domu pacjenta stołować. „Pani tak biega, taka zmęczona, to może u nas obiadek/ciasto". Herbata tak, więcej nie. Problematyczne są też prezenty, i to nie tylko ze względów finansowych czy moralnych. Jeśli przychodzę wieczorem do domu z ciasteczkami upieczonymi specjalnie dla mnie przez pacjentkę i z herbatą, którą specjalnie dla mnie kupiła mama innej pacjentki, to co się dzieje? Jem, piję i

jestem cały czas dalej z nimi. Powinnam napisać SMS, że mi smakuje? Spytać, jak się czują? Wtedy nadal jestem w pracy czy w domu?

Jeśli pacjent upierał się, prosił, żebym przyjęła prezent, choćby drobny, próbowałam rozmawiać, jakie za tym stoją intencje, jaką to pełni funkcję w naszej relacji. Często jest tak: „żeby pani pamiętała o mnie cały tydzień", „żeby pani pomyślała o mnie w niedzielę", „chcę się odwzajemnić, zrewanżować się dobrem za dobro". Trudno jest po godzinnej rozmowie pełnej bólu i emocji powiedzieć, że nie weźmie się czekolady czy mandarynek. Mam z tyłu głowy, że to spotkanie może być ostatnie. Dla nas przestrzeń tygodnia jest jak pstryknięcie palcem, dla pacjentów hospicyjnych oraz ich rodzin za tydzień może być już po uroczystościach pogrzebowych, sprzęt medyczny może być oddany, pokój pusty.

W zachowaniu higieny pracy ważne są ramy czasowe, a w hospicjum one i tak są trudne do ustalenia. Z niektórymi pacjentami mogę ustalić, że widujemy się raz w tygodniu na godzinę. Ale jeśli sytuacja była nagła, kryzysowa, jechałam i zostawałam nawet na pół dnia. To na szczęście było bardzo rzadko.

Moim zdaniem psycholog nie powinien też uczestniczyć w pogrzebach. Przez 15 lat dwa razy zrobiłam wyjątek.

Raz byłam pożegnać właśnie pana Bogdana. Poszłam dla siebie, żeby coś domknąć. Drugi raz byłam na pogrzebie pacjentki ze względu na jej małego syna Marcina. Długo z nim pracowałam – w trakcie choroby matki, po śmierci, przed pogrzebem, przygotowywałam jego klasę i nauczycieli na całą tę sytuację. Wiedziałam, że ten pogrzeb będzie dla niego bardzo trudny. Szkoła zdecydowała, że przyjdzie cała jego klasa. Dzieciaki podchodziły do

niego po kolei, nieśmiało, nerwowo składając kondolencje. On stał i musiał to wszystko na siebie przyjąć. Prowadząc później warsztaty w szkołach, w takich sytuacjach zawsze proponowałam, aby na pogrzebie rodzica ucznia była kilkuosobowa delegacja.

Nauczyłam się też, że psycholog nie wchodzi w kontakt fizyczny. W hospicjum trudno określić ramy pomocy, tzw. kontrakt terapeutyczny. Tym bardziej staje się ważne, aby te ramy i ten kontrakt mieć w sobie, mieć te zasady uwewnętrznione.

Nie potrzyma pani za rękę odchodzącego?

– Kiedyś tak robiłam. Ale po pierwsze, jest w tym jakiś rodzaj załatwiania swoich spraw, nawet niebezpieczeństwo samozadowolenia: „Każdego mogę trzymać za rękę do końca, zawsze daję radę, potrafię". Trzeba zadać sobie pytanie: jakiego rodzaju to jest pomoc? W czym to pomoże? Bycie w kontakcie fizycznym to rola rodziny, przyjaciół. Psycholog nie powinien tego mylić. Nie powinien udawać przed sobą, że jest w stanie być przyjacielem każdego pacjenta. Mam służyć moim profesjonalizmem, to co innego. Oczywiście są sytuacje delikatne. Zdarzyło się, że żona pacjenta nagle wtula się we mnie. Zatrzymuję się, daję jej chwilę. Ale ja się nie przytulam. Przyjmuję, ale nie odwzajemniam, zwłaszcza nie inicjuję kontaktu. To bywa trudne, jesteśmy ludźmi. Nieraz chciałoby się zrobić coś więcej. Ale to są emocje, nie profesjonalna pomoc, ja za chwilę wyjdę z tego domu i ten kontakt się zakończy. Jeśli ktoś z tej rodziny zwróci się do mnie o pomoc w procesie żałoby, nie mogę mieć w doświadczeniu z nim kontaktu fizycznego. To narusza proces terapii i nie sprzyja leczeniu.

Z drugiej strony, może i ważniejszej, takimi zachowaniami obciążam samą siebie, wikłając się w zależności, w których pojawiają się

uczucia przeznaczone nie dla mnie.

Błędy, o których mówię, najczęściej zauważałam u wolontariuszy. Są tacy, którzy „zaprzyjaźniają" się z każdym pacjentem, przekraczają granice, chodzą na każdy pogrzeb. Z psychologicznego punktu widzenia to jest bardzo nieprofesjonalne i może być krzywdzące dla obu stron.

Pani po pewnym czasie rekrutowała wolontariuszy.

– Szczególnie wnikliwie przyglądałam się takim, którzy mówili, że przyszli, bo ta praca „da im satysfakcję, będą się spełniać". Albo w czymś w życiu „pomoże". Najlepiej, żeby osoba, która przymierza się do roli wolontariusza w hospicjum, miała poukładane życie osobiste. Żeby miała i spełniała swoje pasje, miała poczucie humoru. I solidne przygotowanie zarówno pod względem pielęgnacji, jak i aspektów psychologicznych – na poziomie kompetencji wolontariusza. Jak czasami słyszałam, w jakie role wolontariusze wchodzą w domu chorego, co mówią, chwytałam się za głowę. Szkoliłam wolontariuszy, ale trudno monitorować ich zachowania, bo pomoc udzielana jest w domach, nie na oddziale. Tu ważną rolę odgrywałaby superwizja.

Realia są takie, że do wolontariatu najczęściej zgłaszają się osoby, które same przeszły utratę bliskiego albo poważny kryzys w życiu, chcą podziękować za coś Bogu.

To jest w porządku, trudno dyskutować z motywami, zwłaszcza gdy mają podłoże religijne. Ale relacja pracownik hospicjum – pacjent to musi być relacja dwóch dorosłych osób. Odpowiedzialność za zbudowanie tej relacji leży po stronie pracownika hospicjum. Pacjent może próbować ustawić takie role, do jakich jest

przyzwyczajony albo jakich mu brakuje. Może chcieć być dzieckiem, lub odwrotnie – rodzicem, szefem. Naszą rolą jest utrzymać tę relację w ryzach. Otworzyć, podtrzymać i zamknąć.

Jakie błędy najczęściej popełniają rodziny chorych?

– Zdarza się, że rodzina za wszelką cenę dosłownie nie pozwala pacjentowi umrzeć. Zazwyczaj w tle jest jakaś niewyjaśniona sprawa, emocjonalna, majątkowa. Zadra, tabu. Może ktoś zdradzał. Teraz, w obliczu choroby, członkowie rodziny próbują pokazać, że „osoba chora jest najważniejsza". Ale napięcie jest podwójne. Tamto ćmi. W takich rodzinach, wbrew pozorom, praca psychologiczna jest możliwa. Mogę próbować tworzyć pole do otwartej rozmowy. I w efekcie czasami do pojednania.

Najtrudniej wchodzi się do domu, gdzie nie odczuwa się emocji, choć wiem, że one są. Pamiętam luksusowy dom, w którym umierał ojciec. Gdy przychodziłam, jego dorosły syn zajmował się rozkładaniem przede mną gazet, żebym nie pobrudziła podłogi.

„Esteci" wbrew filozofii propagowanej przez hospicjum często wywożą chorego w ostatniej chwili na umieranie do szpitala. Żeby „to" odbyło się higienicznie. Zdarza się, że chory umiera w karetce, wniesiony tam przez rodzinę trochę na siłę, trochę z bezradności, lęku, zupełnie bez sensu. Zamiast zaznać w domu ostatniej chwili spokoju.

Bardzo ciężkie są relacje symbiotyczne między dorosłymi. W związku albo dorosłe dziecko – rodzic. „Nie możesz umrzeć, bo nie masz prawa mnie zostawić. Nie poradzę sobie bez ciebie. Bez ciebie nie będę żyć" – słyszy chory. Tacy chorzy bardzo długo męczą się, zanim wreszcie fizjologia jednak zwycięży i człowiek odchodzi.

Z drugiej strony pan Krzysztof w swojej suterenie. W średnim wieku. Koledzy praktycznie stale dotrzymywali mu towarzystwa. Ktoś powie: koledzy menele. Ale byli, dbali o niego. Ktoś regularnie przynosił zupę z opieki społecznej. Pan Krzysztof nie miał łóżka. Sypiał na starym fotelu, skulony. Gdy choroba rozwinęła się, spędzał w nim całe dnie. Gdy został pacjentem hospicjum, otrzymał specjalistyczne łóżko. Zostało wniesione do tego pokoju. Oblekłyśmy z pielęgniarką czystą pościel, akurat była nowa, piękna, od sponsora. Rozmawiałyśmy z panem Krzysztofem o książkach na jego półce. Nic nie wskazywało na jego bardzo ciężki stan. Po chwili koledzy zaprowadzili pana Krzysztofa do toalety, bo poprosił. Wrócili, położył się na tym nowym łóżku. I tak jakby szukał sobie na nim wygodnego miejsca. Już chciałam coś powiedzieć, ale poczułam, że pielęgniarka mnie szturcha, właściwie wbija mi łokieć w bok. Już wiedziała, co się dzieje. Pan Krzysztof rozłożył się w nowym łóżku i umarł.

Pamięta pani każdego pacjenta?

– Na szczęście jest jakiś litościwy mechanizm, który do tego nie dopuszcza. Ale codziennie jeżdżę samochodem po mieście i codziennie widzę, że już „wszędzie" byłam: ten balkon należał do tamtej babci, tą bramą chodziłam do tamtego chłopaka. Jestem czasem poznawana na ulicy. I kojarzę się ludziom z pracą w hospicjum.

Praca w hospicjum nieustannie konfrontuje nas z własną śmiertelnością. Ja drogo okupiłam lata pracy bez profesjonalnej opieki starszego stażem psychologa. Pamiętam sytuację: koleżanka spóźniła się na szkolenie. „Zawsze zawiadamiała" – pomyślałam i już stoję nad jej trumną. I już kombinuję, co zrobię, jeśli jej pogrzeb pokryje się czasowo z pogrzebem osoby z mojej rodziny. Po

godzinie koleżanka wchodzi. „Sorry, dziecko mi się pochorowało, a telefon rozładował". Miałam taki okres w życiu, w którym czułam, że zostało mi już mało tego życia, bo wszyscy obok odchodzą, że nie zdążę różnych rzeczy zrobić. Bałam się o bliskich, różne codzienne sytuacje kończyły się takim myśleniem, że ktoś umrze. Przeszłam długą drogę, zawodową i osobistą, żeby sobie z tym poradzić i uświadomić mechanizmy, jakie tym żądzą. Chciałam już odejść z hospicjum. Powodów było kilka. Chciałam zająć się życiem, rozwijać jako psychoterapeuta, rozwijać swoją firmę. Teraz zajmuję się szkoleniami dla pracowników medycznych, żeby uczyć, jak pracować w takim miejscu z zachowaniem granic i higieny psychicznej.

*** Justyna Rutkowska – psycholog, trener pracowników ochrony zdrowia w zakresie higieny psychicznej i komunikacji, w trakcie studiów psychoterapeutycznych w nurcie psychodynamicznym. Specjalista w dziedzinie psychoonkologii. Interesuje się psychoneurobiologią i psychosomatyką**

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w październiku 2017 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Halina miała larwy w ranie

Pracownicy DPS-u: – Kiedy zgłaszamy chorobę mieszkańca, słyszymy od pielęgniarek: „Wyluzujcie", „Nie przeżywajcie tak", „Zajmijcie się swoimi sprawami".

MAJA SAŁWACKA

Fot. Shutterstock (zdjęcie ilustracyjne)

Od lipca 2020 r. zielonogórska prokuratura prowadzi śledztwo w sprawie śmierci mieszkańców tamtejszego Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów.

Pierwsze śledztwo prowadzi zielonogórska prokuratura. I nie wyklucza ekshumacji ciał pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów w Zielonej Górze.

Drugie śledztwo prowadzi Artur Źródłowski, przyjaciel Zdzisławy Wolańskiej, 93-letniej pensjonariuszki. To on złożył doniesienie śledczym. Obwinia pielęgniarki A. i K. oraz dyrektora.

– Dzidzia żyłaby, gdyby pandemia nie zamknęła domu na klucz. Choć to nie wirus z całą pewnością ją zabił – mówi Artur.

Byłem oszukiwany

14 grudnia 2018 r. Zwalnia się miejsce w DPS-ie, pokój 5, pawilon C. Zdzisława czeka na nie od kilku miesięcy. Wiele rzeczy już zapomina, ale przeprowadzkę kojarzy dobrze.

– Wiesz, gdzie jedziemy, Zdzisławo?

– Tak, wiem, Arturze. Do domu spokoju – odpowiada w aucie.

15 kwietnia 2020 r., tuż po Wielkanocy. Z DPS-u wyjeżdża karetka do szpitala. Zdzisława niewiele mówi. Z nosa, ust, nóg sączy się krew i ropa. Z bólu zwinęła się jak embrion. Lekarze nie będą mogli rozprostować jej nóg.

Artur nie może jej zobaczyć, ale wie, że jest źle.

Od tygodnia pracownicy podsyłają mu zdjęcia. Alarmują: „Niech pan coś zrobi, nas nie słuchają!".

– Codziennie dzwoniłem, domagałem się badań, wizyty lekarza i codziennie byłem oszukiwany – mówi Artur i oskarża pielęgniarki, że bagatelizowały chorobę Zdzisławy.

– Przyczyniły się do jej śmierci. Dyrektor też nic nie zrobił, by ją ratować – mówi.

Ci ludzie śnią mi się nocami

Artur kontaktuje mnie z pracownikami DPS-u, docieram do mieszkańców, ich rodzin. Otwierają się, ale nie mogę zdradzić ich

tożsamości. Ich imion, wieku, na jakich stanowiskach pracują. Boją się.

– Nie znajdziemy pracy w Zielonej Górze – tłumaczą.

Na miejsce spotkania wybierają las, park, kawiarnię. Dzwonią z telefonów mężów.

Pracownik M.: – Nie chcę dłużej milczeć, bo zależy mi na mieszkańcach. Nie będę przyzwalała na tę niegodziwość.

Pracownik P. – Nie mogę spać, ci ludzie śnią mi się nocami.

Artur: – Najbardziej boli mnie, że Zdzisława umierała sama. Co mogła pomyśleć? Że ją zostawiłem. Nie pozwolono nam się pożegnać.

Gdy na początku maja Artur organizuje pogrzeb, przychodzą trzy osoby. On i dwie sąsiadki. Zdzisława nie ma dzieci, jej brat nie żyje. Nie przychodzi nikt z DPS-u, choć zawsze ktoś żegna mieszkańca.

– Dyrektor zabronił – tłumaczy Artur.

W tym czasie minister zdrowia pozwala, by do przedszkoli mogły wrócić dzieci.

Ścigała oszustów

Zdzisława urodziła się w Zabłotowie na Ukrainie w 1927 roku. Po wojnie przyjechała do Zielonej Góry, została kancelistką w miejscowej prokuraturze. Potem skończyła studia w Warszawie i awansowała na prokuratora. I była nim przez 40 lat. Badała kradzieże w fabrykach, ścigała oszustów. W trudnych śledztwach wyręczała koleżanki, bo miały dzieci, mężów.

W maju Artur wywiesza klepsydrę Zdzisławy w prokuraturze, ale nikt nie przysyła nawet wieńca.

Poznali się w 2009 roku. On jeździ taryfą, pistacjową toyotą. Ona przychodzi na postój taksówek. Wsiada, choć Artur nie stoi pierwszy. „Ma pan auto w kolorze nadziei" – mówi.

Potem Artur robi jej zakupy, kupuje leki, wozi do lekarza, wpada na herbatę. Razem oglądają stare zdjęcia z PRL-u. Gdy okazuje się, że Rabiegowie to dziadkowie Artura, Zdzisława wpada w zachwyt, bo ich zakład fryzjerski przy ulicy Jedności był najporządniejszym w mieście. Zdzisława strzygła się u nich w latach 60.

– Bardzo ceniła dziadków, ale ja jej wtedy nie poznałem, dopiero pod koniec życia zbiegły się nam te drogi – mówi Artur.

Staje się jej szoferem, powiernikiem, ale wcześniej Zdzisława sprawdza go w kartotekach, bo w każdym widzi podejrzanego. Mimo że jest „z tych Rabiegów".

Artur wypada dobrze. Były policjant, strażnik gminny.

Od tej pory traktuje Artura jak syna.

– Była przyjaciółką, dobrym człowiekiem. Dla mnie była dobra. I ja dla niej. Mówiła: „Arturze, tylko ciebie kocham", i gdyby była młodsza o 40 lat, pewnie moja żona byłaby o nią zazdrosna. Nie była, bo Dzidzia, moja Dziudzula, była jak mama – uśmiecha się Artur (zastrzega jednak, by pisać o niej Zdzisława, bo inaczej nie jest poważnie).

Zdzisława miała męża, ale krótko, ponad rok. Później mówiła, że to był największy błąd jej życia.

Ostatnie widzenie

W DPS-ie Artur odwiedza Zdzisławę kilka razy w tygodniu. Przynosi ciastka, winogrona, plotkują przy herbacie, ale zmienia też pampersy, przebiera w piżamę.

Zdzisława przy nim łagodnieje, rozpromienia się, bo innych potrafi uderzyć, ugryźć.

Opiekunki używają forteli, zagadują: „Doradź mi, co mam zrobić, mąż mnie bije?". Zdzisława ożywia się, radzi im wynająć adwokata. „Smykowski najlepszy".

Pracownik K.: – Ludzie z demencją, otępieniem naczyniowym nie kontrolują się. Była trudną mieszkanką, ale nie zasłużyła sobie na taką śmierć.

2 marca 2020 r. Artur widzi Zdzisławę ostatni raz.

4 marca w zielonogórskim szpitalu pojawia się pacjent zero, pierwsza osoba zakażona koronawirusem w Polsce. Prezydent Zielonej Góry odwołuje koncerty, mecze. Roman Działa, dyrektor DPS-u, zamyka dom kombatanta. Od tej pory nikt z bliskich nie może przekroczyć bramy.

W czterech połączonych ze sobą dwupiętrowych pawilonach żyje blisko 200 mieszkańców. Każdy ma swój pokój z łazienką. Drzwi otwierają się na fotokomórkę, w czytelni stoją komputery ze Skype'em, można porozmawiać z rodziną.

Gdy wybucha pandemia, dyrektor odcina stołówkę, czytelnię i bibliotekę.

Pracownik P.: – Mieszkańcy siedzieli tylko w swoich pokojach. Nawet książki nie wolno nam było podać.

Mieszkańcy nie mogą wychodzić na podwórze. Dopiero w maju, w środy i czwartki, są wyprowadzani na spacerniak.

– Dyrektor zabronił bliskim podchodzenia nawet pod okna – mówi Artur.

Pracownik P.: – Chyba bał się, że rodziny zobaczą, jak wynędzniali.

Pielęgniarka K.: – Dzięki temu, że był taki reżim sanitarny, nikt nie zakaził się koronawirusem i nie zmarł. Dyrektor bardzo dobrze zarządza domem.

Dyrektor przytakuje: – Zamknąłem bramę, żeby się nikt nie zakaził.

Sączy się krew

Zdzisława w lutym kończy 93 lata, łamie rękę. Jak? Nikt nie wie. Gdy po pięciu tygodniach ściągają jej gips, okazuje się, że kość promieniowa zrosła się z przemieszczeniem. Kobieta słabnie. Siedzi zamknięta w swoim pokoju. 8 kwietnia, po miesiącu izolacji, na ciele wychodzą jej plamy i wybroczyny. Podchodzą krwią.

Pracownik D.: – Pielęgniarki doskonale o tym wiedziały, ale nic nie robiły.

Nabrzmiała skóra zaczyna pękać, a z niej sączy się krew. Opiekunki raportują pielęgniarkom, proszą, by Zdzisławę obejrzał lekarz. W końcu dzwonią do Artura.

Pracownicy: – Kiedy zgłaszamy chorobę mieszkańca, słyszymy od pielęgniarek: „Wyluzujcie”, „Nie przeżywajcie tak”, „Zajmijcie się

swoimi sprawami", „Nie wchodźcie w nasze kompetencje", „Po co zawracasz mi głowę!?".

Pracownik M.: – Opiekunowie nie mogą informować rodziny o stanie pacjenta, od tego są tylko pielęgniarki. Jak się wyda, że dzwonili do rodziny po pomoc, tracą premię. Bo premia jest uznaniowa i sięga 20 procent poborów. Tracisz około 600 złotych.

Anna, ma mamę w DPS-ie: – Zadzwoniła do mnie opiekunka i ostrzegła: „Proszę dzwonić do pielęgniarek, niech wezwą lekarza. My nie możemy nic zrobić".

Pielęgniarka K.: – Zawsze wzywamy pogotowie, gdy jest taka konieczność. Ostatnio codziennie wzywamy pogotowie. I nie dlatego, że trwa śledztwo, ale że jest taka konieczność.

Od 13 sierpnia trwa także kontrola wojewody lubuskiego zlecona przez prokuraturę. By w zielonogórskim DPS-ie nikt więcej nie cierpiał. Ale cierpieć będzie jeszcze Halina, o tym dalej.

Doktor w pandemii nie bada

W każdą środę do DPS-u przychodzi lekarka, na osiem godzin. Ale w pandemii nikogo nie bada. Ogląda zdjęcia, które zrobiły pielęgniarki, wypisuje recepty zamknięta w gabinecie.

– Żeby nikogo nie zakazić – tłumaczy pielęgniarka K.

– Ośmiogodzinny dyżur raz w tygodniu, gdy chodzi o zdrowie blisko 200 mieszkańców, to zgodne z ustawą o lecznictwie? – dopytuję.

– Tak – zapewnia dyrektor Roman Działa. – Czasami doktor zostaje godzinę, dwie dłużej.

Lekarz pogotowia: – Powinni mieć umowę z lekarzem dyżurującym na telefon. Jest nagła sprawa, przyjeżdża, bada. A jeśli trzeba ratować życie, wtedy wzywa pogotowie.

Halo, kiedy wezwiecie lekarza?

Artur zapisuje w notesie każdą rozmowę z pielęgniarkami, nieodebrane telefony, godziny rozmów. Za każdym razem słyszy: „Wszystko jest dobrze, panie Arturze". Zdjęcia, które dostaje od pracowników, temu przeczą.

– A dobre duszki mówiły prawdę – tłumaczy.

NOTATKI ARTURA:

8 kwietnia, środa.

Od dobrych pracowników wiem, że Zdzisława nie wstaje już, tylko leży. Dostała wysypkę na całym ciele z małymi pęcherzykami.

Rozmowa z pielęgniarką K.

– Jak czuje się Zdzisława? Martwię się – pytam.

– Wszystko jest w porządku, panie Arturze. Pani Zdzisława czuje się naprawdę dobrze.

9 kwietnia, czwartek.

Od pracowników wiem, że Zdzisława leży w łóżku, z pęcherzy na ciele tworzą się krwiste wybroczyny.

Rozmowa z pielęgniarką K.

– Jaki jest stan Zdzisławy? Czy lekarz ją badał?

– Wszystko w porządku. Pani doktor oglądała ją wczoraj, proszę się nie martwić.

– Czy pobrano jej krew na morfologię?

– Pani doktor musi wystawić zlecenie. Będzie w środę 15 kwietnia, wówczas w piątek 17 kwietnia pobierzemy krew!

– To żart? To znaczy, że dopiero za ponad tydzień będzie pobranie krwi? Czy pani mnie nie okłamuje?

– Nie – odpowiada pielęgniarka K.

– Proszę być pewną, że poruszę niebo i ziemię, by dowiedzieć się prawdy.

10 kwietnia, Wielki Piątek.

Wiem o bardzo złym stanie Zdzisławy, krew sączy się z ust, nosa, wybroczyn na ciele. Leży na prawym boku w pozycji embrionalnej. Nie reaguje na słowa. Szukam lekarza, który wejdzie do DPS-u i zbada Zdzisławę.

Po całym dniu wydzwaniania dodzwaniam się do pielęgniarki A.

– Czy pobrano Zdzisławie krew?

– Nie. Ale wszystko jest w porządku. Podajemy kroplówkę.

– Jak to? Co się stało?

– Kroplówka jest na wzmocnienie, bo pani Zdzisława nie chce jeść.

– Czy pobraliście krew, mocz do badania?

– Nie. Pani Zdzisława jest agresywna, nie dała sobie pobrać krwi.

– Przecież ma założony wenflon, to nie musicie się wkłuwać nawet do żyły…

– Panie Arturze, jak dotąd nie było takiej potrzeby.

11 kwietnia, Wielka Sobota. Nikt nie odbiera telefonu.

12 kwietnia, Wielkanoc. Nikt nie odbiera telefonu.

13 kwietnia, lany poniedziałek. Nikt nie odbiera telefonu.

14 kwietnia, wtorek. Rozmowa z pielęgniarką K.

– Jaki jest stan zdrowia Zdzisławy?

– Stan jest dobry, nie ma się czym martwić.

– Czy jest z nią kontakt?

– Jest, ale potem jest w swoim świecie.

– Kiedy wezwiecie lekarza? Jeśli nie zrobicie tego, ja wezwę.

Nie robiłam nic źle

Lekarz wezwany przez Artura podejrzewa skazę krwotoczną, poleca pilne pobranie krwi, przepisuje antybiotyk. Każe podać natychmiast, bo do tej pory nikt go nie zalecił.

Rano Artur dzwoni do dyrektora, grozi, że wezwie policję.

– Wtedy zrobili konsylium i wezwali karetkę – mówi Artur.

Dyrektor: – Nic takiego nie pamiętam. Nie jestem medykiem – i oddaje telefon pielęgniarce K. Ta zapewnia, że były robione badania, wezwano dodatkowo lekarza.

– Wezwał go dopiero pan Artur, badania wykonaliście po tygodniu – prostuję.

– Nie pamiętam, ale wszystko jest udokumentowane. Nie robiłam nic źle – mówi pielęgniarka K.

W szpitalu lekarze stwierdzają u Zdzisławy ostrą niewydolność nerek, chorobę nadciśnieniową. W karcie piszą: „Osoba w ograniczonym kontakcie, na skórze obecne liczne ogniska martwicy, wysypka drobnoplamista, odleżyny, stan odżywienia zły, w nosie ropna wydzielina, w płucach trzeszczenia, wymuszona pozycja embrionalna, silne przykurcze nóg uniemożliwiają założenie cewnika".

Zdzisława umiera po tygodniu. We śnie, nad ranem.

Zamknąć siłą usta

W zielonogórskim DPS-ie tylko pielęgniarki mogą podawać leki i kroplówkę, zmieniać opatrunki. Opiekunkom robić tego nie wolno, choć świetnie sobie radzą nawet z założeniem sondy.

– Nawet plastra nie mogą zmienić, choćby był zielony. Taki rozkaz dyrektora – mówi pracownik, co potwierdza pielęgniarka K.

Artur wspomina wizytę u Zdzisławy: – Siedzimy, jemy winogrona, a tu wpada pielęgniarka B.! Chwyta Zdzisławę za twarz, wsadza tabletkę do ust i wychodzi z pokoju. Mówię: „Halo, a może tak pani powie choć słowo, może poda pani wodę?". Ale ona nic nie odpowiedziała. Wyszła.

Pracownik M.: – Pielęgniarki potrafią wepchnąć wielką tabletkę wapna, garść innych leków. Zamknąć siłą usta, aż mieszkańcowi pójdzie z ust piana.

Pracownik D.: – Tabletki są wypluwane na podłogę albo zostają na stoliku. Choć pielęgniarka ma obowiązek przypilnować, że lek został połknięty. Przecież ktoś może umrzeć.

Pielęgniarka K.: – Może się zdarzyć, że mieszkaniec wypluje tabletkę, wtedy donosimy nową. Zawsze.

Pracownik W.: – Kiedyś pomyliły mieszkańców, insulinę dostał ten, co nie powinien. Na szczęście przeżył. Plaster na odleżynę na pupie potrafią zalepić z kałem. Odleżyny? Takie, że kość widać (pokazuje drastyczne zdjęcia).

Zmarły 52 osoby

Pracownik M.: – Umrzeć można godnie. Bez cierpienia.

Pracownik D.: – Nie z siostrami śmierci.

Potrafią stać nad łóżkiem całkiem świadomej osoby i mówić: „No, chyba już czas na nią, po co chcesz wzywać pogotowie?" albo „Każdy kiedyś musi umrzeć".

Pracownik N.: – Liczę sobie, ile było już tych śmierci, i wychodzi mi, że więcej niż w tym samym czasie przed rokiem. Na pewno nie w takim cierpieniu.

Pielęgniarka K. przyznaje, że zgonów jest więcej niż przed rokiem. – Ale to dlatego, że przyjmujemy ciężkie przypadki – tłumaczy. Zaprzecza, że pielęgniarki stały nad łóżkiem i wypowiadały komentarze o śmierci. – Żadna z nas nie mówi takich rzeczy. Jest mi przykro, że słyszę takie słowa. Robiłyśmy wszystko, co należy. Wszystko jest udokumentowane – powtarza.

Ustalam nieoficjalnie. Do 22 sierpnia 2020 r. zmarły 52 osoby. To o dwie więcej niż w całym 2019 roku.

Jak zgasła Maria

Gdy umarł jej drugi mąż, poszła do DPS-u. Maria nie chciała być sama. Jeszcze w marcu była dziarską 79-latką. Pomocy wymagała tylko przy kąpieli. Umarła 10 maja 2020 r., w niedzielę rano, w różowej piżamce.

– Sprawna ruchowo, bystra, oczytana – wspominają pracownicy DPS-u.

Przez trzy tygodnie chwytała się za klatkę, trudniej oddychała. Spała tylko na boku. Gasła. O chorobie Marii alarmowali pielęgniarki

opiekunowie medyczni, terapeuci, psycholog. Codziennie przez trzy tygodnie.

Pracownik M.: – Pielęgniarki mówiły, że pani Maria nie jest chora, tylko symuluje. Wymyśla sobie.

Pracownik D.: – Dopiero po trzech tygodniach, w piątek, pobrały do badania jej krew. Ale było już za późno, w nocy z niedzieli na poniedziałek pani Maria umarła – mówi.

I przyznaje, że pielęgniarki, owszem, przychodziły codziennie, ale mierzyły tylko ciśnienie i temperaturę. Potem wychodziły.

Pracownik P.: – Pogotowia nie wezwały. Nie wiemy nawet, na co umarła pani Maria, bo teczki trzymają pielęgniarki. Jak pytałyśmy o powód śmierci, burknęły: „Tajemnica lekarska".

Pielęgniarka K. zapewnia, że Maria miała robione badania, była pod stałą opieką lekarza. Czuła się dobrze.

Telefonicznie „badała" ją lekarka. Zalecenia?

– Ciężko mi powiedzieć, dokumentację zabrał prokurator – tłumaczy pielęgniarka K. Nie pamięta, dlaczego umarła Maria.

Dyrektor Roman Działa też nie wie.

– Przecież mówił pan, że czyta raporty? Chyba nie umiera tu tyle osób, że pan ma kłopoty z zapamiętaniem? – pytam.

– Nie zajmuję się takimi sprawami, nie jestem medykiem. Mam od tego pielęgniarki – ucina ponownie.

Próbuję ustalić powód, ale akta zabrał prokurator.

Pielęgniarka K.: – Robiliśmy wszystko prawidłowo.

Tydzień przeleżał z udarem

Zbyszek umarł 5 maja 2019 roku, miał 58 lat. Nie przeżył trzeciego udaru. W DPS-ie mieszkał kilka miesięcy.

– Opiekunki chodziły do pielęgniarek, mówiły, że warga mu opadła, ślina leci, ręka opada. Trzeba wezwać pogotowie. Podejrzewały udar. Pielęgniarki, że to one decydują, kogo i kiedy wezwać. No to Zbyszek tydzień przeleżał z udarem – opowiada Artur.

Córka Zbyszka: – Mówiłam pielęgniarkom, że źle się dzieje z tatą. One, że wszystko jest dobrze, bo badał go lekarz. W kilka dni z dużego mężczyzny zrobił się chudziutki. Przestał jeść.

W końcu córka sama zadzwoniła po pogotowie. – Dyspozytor mnie ostrzegł, że za nieuzasadnione wezwanie grozi grzywna. Myślał, że skoro tata leży w DPS-ie, to gdyby coś było nie tak, zadzwoniłyby pielęgniarki. Gdy przyjechał lekarz, stwierdził, że tata ma kilkudniowy udar.

Zbyszek wrócił jeszcze ze szpitala do DPS-u, ale gdy znowu źle się poczuł, niewiele dało się zrobić. Córka znów wezwała pogotowie.

– Lekarz powiedział, że tata umiera. Chcieli zabrać go do szpitala. Zostałyśmy przy nim w DPS-ie. Babcia siedziała na jego wózku, ja leżałam na podłodze. Nad ranem odszedł. I nawet gdy umierał, musiałyśmy się prosić o kroplówkę.

Pielęgniarka K.: – Nie chcę mówić o tym przypadku. Byłam wtedy na długim urlopie.

Fetor gnijącego ciała

Halinę (imię zmienione) do DPS-u przywieziono w lipcu. Na początku do izolatki, potem do pokoju 5 w pawilonie C, pokoju Zdzisławy.

– Strzelała dowcipami, była w dobrej kondycji – opowiadają pracownice DPS-u. Chora na cukrzycę uskarżała się na ból nogi, miała tzw. stopę cukrzycową. W DPS-ie rana nie chciała się goić. Po kilku tygodniach w pokoju roznosił się fetor gnijącego ciała. Pielęgniarki bandażowały nogę. W końcu ranę pokazały lekarzowi, który przyjechał zbadać innego pacjenta. Gdy rozchylił opatrunek, w ranie ukazały się larwy much. Kazał natychmiast przewieźć kobietę do szpitala. Nogi nie udało się uratować, trzeba było ją amputować do uda.

– Stan pacjentki zagrażał życiu, wykonaliśmy zabieg ratujący życie. Nie było wyjścia, trzeba było amputować nogę, by przeżyła – mówi dr Sławomir Cieśla, wiceszef kliniki chirurgii i chirurgii onkologicznej.

Lekarze przyznają, że mieszkanka była zaniedbana.

Pielęgniarka K.: – To się wydarzyło w ciągu jednego dnia. Mieszkanka przyszła już do nas z odleżynami. Codziennie osobiście zmieniałam opatrunki, rano i wieczorem. To były specjalistyczne opatrunki ze srebra i argosulfan – wylicza. I dodaje: – Mamy wszystko udokumentowane.

– Nie zobaczyła pani larw? Wypadały z rany.

– Około godziny 11 ich jeszcze nie było. Dopiero lekarz około 14 je zobaczył – zapewnia pielęgniarka.

– Lekarze mówią, że to zaniedbania z kilkunastu dni, nieleczona martwica – dopytuję.

– Byliśmy umówieni na wizytę u chirurga. Poza tym pani ma wiele chorób współistniejących. Nie było błędu w sztuce medycznej – mówi pielęgniarka K. i przyznaje, że pacjentka leży w DPS-ie od miesiąca.

– To u was mucha musiała złożyć jaja.

– No tak.

Przywiązany pasami

– Wysadzanie, czyli pionizacja, to znęcanie się nad człowiekiem – mówi D. – Ktoś ma ogromne odleżyny na pupie, ale musimy go spionizować. Przekładamy na wózek i tak siedzi kilka godzin w bezruchu. A przecież mógłby siedzieć w łóżku. Łóżka mają elektrycznie podnoszone oparcia. Mieszkańcy, ci świadomi, błagają, żeby nie wysadzać ich na wózek. Płaczą.

Córka pana Zbyszka: – Przyszłam do taty wcześniej. Siedział przywiązany pasami do wózka. Głowa zwisała mu w dół. Straszny widok.

Zielonogórski Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów prowadzi miasto. Został otwarty w 1977 roku. Pierwszeństwo w przyjmowaniu do DPS-u mają osoby z uprawnieniami kombatanckimi, miejsce kosztuje 4300 złotych. Gdy nie wystarcza emerytura, resztę dopłaca samorząd. Dodatkowo trzeba dopłacić za lekarstwa, pieluchomajtki, gdy wykorzysta się limit refundowanych.

Pracownik N.: – W pandemii dostaliśmy zakaz robienia mieszkańcom zakupów. Nie można było przynieść im nawet kawałka czekolady. Przemycałyśmy gazetę, krzyżówkę. W maju, po skargach mieszkańców, dyrektor pozwolił na przekazanie paczek.

Pracownik G.: – Mówię: „Janeczka, jak ty schudłaś?". A ona cichutko: „Bo my jesteśmy głodni". Mieszkańcy jedzą kolację o godzinie 16.30, śniadanie o 8.30. Dostają trzy kromki chleba, coś na kanapkę.

Pracownik M.: – Dyrektor zmienił masło na margarynę. Masło jest od święta. Na Wielkanoc brakowało ciasta.

Regina, emerytowana pielęgniarka, mieszkanka DPS-u: – Jedzenie jest podłe. Margaryna, barwiony chleb i sztuczna szynka.

Dyrektor Roman Działa: – Głodni? Niemożliwe. Na terenie naszego domu nigdy jedzenia nie zabrakło. W stołówce jest lodówka, a w niej zapasy.

Dyrektor zapomniał, że stołówkę w pandemii zamknął przed mieszkańcami.

Nie chodzimy w maseczkach

O pandemii słyszę od pracowników:

– Wiele osób podupadło na zdrowiu. Schudły, skurczyły się. Znikają. Podupada ich psychika. Nie kupują sobie jedzenia, nie dostają paczek od rodzin. Pisaliśmy do urzędu miasta masę anonimów, pisały rodziny. Nikt porządku nie chciał zrobić.

Prezydent miasta wysłał urzędników miejskiego ośrodka opieki społecznej, by skontrolowali DPS. Rozdali ankiety pracownikom.

Prokurator Zbigniew Fąfera twierdzi, że z akt wynika, że wypadły dobrze.

Pracownik D.: – Ankiety w ogóle nie dotyczyły opieki medycznej nad mieszkańcami, tylko pracy dyrektora, np. czy śpi w pokoju dla gości, czy rozdawał rękawiczki albo czy ograniczał jedzenie mieszkańcom. Ale i to opisywaliśmy krytycznie, nie wiemy więc, dlaczego mogłyby wypaść dobrze.

– Na 12-godzinny dyżur, gdzie musimy obsłużyć 50 mieszkańców, dostawałyśmy dwie, czasem cztery pary rękawiczek z atestem, 16 zwykłych foliowych rękawic do pieczywa z Biedronki. Miałyśmy dezynfekować rękawiczki albo myć. Nie chodzimy w maseczkach. Nie możemy, bo straszymy mieszkańców. Co dyrektor robi z maseczkami? Nie wiemy. Miasto przekazało DPS-owi rękawiczki, fartuchy, maseczki. Dyrektor zamknął je w magazynkach. Na klucz.

Dyrektor Działa: – Owszem, dałem spożywcze rękawiczki, ale do wydawania obiadów. Nie kazałem myć rękawic. Wydaję ich odpowiednią liczbę, 1900 rękawic tygodniowo.

Przeliczam. Wypada 1,5 na dobę na jednego mieszkańca.

W DPS-ie pracuje 11 pielęgniarek. W pandemii o kilka mniej, bo nie mogą łączyć pracy w szpitalach i przychodniach.

– Jest nas obecnie sześć – przyznaje pielęgniarka K. – Bywało ciężej, ale DPS dobrze funkcjonował – zapewnia.

Opiekunek było 40, ale prawie połowa jest na L4. Siadają im kręgosłupy, nadgarstki. Nie wytrzymują psychicznie.

Pracownicy zgodnie: – Czasami na zmianie jest jedna osoba na pawilon, jedna na blisko 50 mieszkańców. W locie dasz cztery łyżki zupy i musisz biec do drugiego mieszkańca, bo po nocy ma pampersa po kolana. Nie mamy czasu zjeść nawet kanapki.

Śledztwo rozwojowe

2 lipca 2020 r. sprawą śmierci mieszkańców Domu Pomocy Społecznej dla Kombatantów zajęła się zielonogórska prokuratura. Śledztwo wszczęto półtora miesiąca po doniesieniu Artura, przyjaciela Zdzisławy.

Pierwszych świadków przesłuchano na początku sierpnia. Dopiero wtedy zabezpieczono medyczną dokumentację z DPS-u.

– Obecnie na podstawie już zgromadzonych dowodów, w tym dokumentacji medycznej, a zwłaszcza zeznań niektórych świadków (niektórych pracowników DPS-u) należy stwierdzić, że istnieje uzasadnione podejrzenie nieprawidłowości w sprawowaniu opieki przez personel medyczny nad pacjentami DPS-u w Zielonej Górze – mówi Zbigniew Fąfera, rzecznik zielonogórskiej prokuratury okręgowej.

Nie wyklucza, że śledztwo zostanie poszerzone o kolejne wątki – zaniedbań i nieudzielania pomocy wobec innych osób.

Śledczy w trybie pilnym zwrócili się do wojewody lubuskiego o przeprowadzenie kontroli doraźnej.

Prokurator twierdzi, że „śledztwo ma charakter wybitnie rozwojowy".

Artur: – Zdzisława zawsze we mnie wierzyła: „Uda ci się, ty jesteś mądrym facetem!". Powtarzam to sobie, gdy idę na komendę, do prokuratury. Ona chciałaby sprawiedliwości.

* * *

W chwili oddawania tej książki do druku śledztwo nadal trwało, zakończyła się natomiast kontrola z urzędu wojewody lubuskiego, która wykazała tzw. liczne nieprawidłowości. Szefostwo DPS-u zostało zobowiązane do „realizacji zaleceń pokontrolnych".

Tekst ukazał się w „Wyborczej" we wrześniu 2020 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Boję się, że jestem pedofilem

Błąkają się od jednego lekarza do drugiego i słyszą: „Bardzo nam przykro, ale my takiej terapii nie prowadzimy".

TOMASZ KWAŚNIEWSKI

Fot. Shutterstock

W 2018 r. przymusowemu leczeniu z pedofilii poddano w Polsce 34 osoby.

Piszę mail: „Witam, proszę o możliwie najszybszą odpowiedź na poniższe pytania. Zgłosił się do mnie jako do reportera młody, ale już pełnoletni mężczyzna, mówiąc, że obawia się, czy nie ma skłonności pedofilskich. Powiedział, że tyle ostatnio się o tym mówi, głównie w kontekście kar, boi się więc, że jak gdzieś z tym pójdzie, wpadnie w tarapaty. Zapewnia, że nigdy nikogo nie skrzywdził, ale obawia się, że jego słowo może nie wystarczyć. Poprosił, odwołując się do tajemnicy dziennikarskiej, żebym ustalił, co jak jest i co on powinien zrobić. Oto więc pytania.

Co ma zrobić, gdzie pójść ktoś, kto podejrzewa u siebie skłonności pedofilskie? Czy są jakieś badania, które są to w stanie ustalić?

Czy lekarz, nawet jeśli wyjdzie, że jest pedofilem, jest zobligowany do zachowania tego w tajemnicy? Czy ktoś taki musi pójść na terapię? Jakie są formy terapii i gdzie ją można przejść? Jak się ją egzekwuje? Ile osób z niej korzysta? Czy trzeba za nią zapłacić? Jak jest z jej dostępnością? Czy to, że taka osoba twierdzi, że nikogo nie skrzywdziła, podlega sprawdzeniu? Czy jeśli taka osoba jest nauczycielem, księdzem, musi zmienić zawód? A co jeśli jest ojcem? I wreszcie: co z taką osobą dzieje się po terapii? Czy jest jakoś nadzorowana, monitorowana?

Z poważaniem, Tomasz Kwaśniewski".

Wysłałem. Do Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Rzecznika Praw Obywatelskich.

Kiedy lekarz nie dotrzyma tajemnicy

Biuro RPO zareagowało natychmiast. Pisząc, że moje pytania są bardzo specjalistyczne, na większość z nich prawnicy zajmujący się relacjami obywatel – państwo nie są niestety w stanie odpowiedzieć. Ale na niektóre jednak są. I tak wylądowałem w gabinecie dr hab. Teresy Gardockiej, dziekan Wydziału Prawa Uniwersytetu SWPS w Warszawie. Od której dowiedziałem się, że:

• seksuolog, psycholog, w ogóle lekarz jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy tego, czego dowiedział się w gabinecie. Chyba że ten ktoś poinformuje go o popełnieniu przestępstwa. Wtedy powinien to zgłosić. Zwyczajnie, do prokuratury. I ona powinna wszcząć procedurę wyjaśniającą.

• że lekarz, jak już stwierdzi u kogoś pedofilię, to powinien mu powiedzieć: „No tak, drogi panie, masz taką skłonność, właśnie żeśmy to sobie zweryfikowali. Musisz pan nad tym panować, bo jak nie, to pokrzywdzisz pan dzieci, a co za tym idzie, popełnisz przestępstwo, do końca życia będziesz pan ponosił tego konsekwencje".

• że niestety nie ma dziś sposobu, żeby to wyleczyć. A to, co w języku prawnym nazywa się środkami zabezpieczającymi czy też leczniczymi, jest nimi tylko w cudzysłowie. Bo leczenie ambulatoryjne lub w zakładach zamkniętych polega przede wszystkim na całkowitym stłumieniu popędu płciowego, co kiedyś się nazywało chemiczną kastracją. W rezultacie czego człowiek traci zainteresowanie seksem, ze wszystkimi tego konsekwencjami, w tym zmienia się jego wygląd i samopoczucie.

• że nawet jak lekarz stwierdzi u kogoś, kto do niego przyszedł, pedofilię i zaproponuje terapię, w szczególności tę redukującą popęd, to ta osoba może się na nią nie zgodzić. I wtedy lekarz nic nie może zrobić, bo to nie jest dolegliwość zagrażająca życiu pacjenta.

– Ale on przecież może zagrażać innym – mówię. – Wystarczy, że zacznie realizować swoje potrzeby.

– Ale ten mężczyzna, który do pana się zgłosił, przecież na razie ich nie realizuje, prawda? Tylko mówi, że ma takie myśli, a my na razie nie żyjemy w matrixie, prawda?

– Ale! – dziekan Gardocka palcem wskazującym wskazuje niebo. – Jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, w myśl której człowiek może być leczony przymusowo, o ile zagraża swojemu

życiu lub zdrowiu albo zdrowiu lub życiu innych. No i teraz wyobraźmy sobie...

– Że temu lekarzowi – wchodzę jej w słowo – który przecież też podlega tej rozpętanej histerii związanej z pedofilią...

– Przychodzi do głowy, że ten człowiek, który do niego trafił, to jest przypadek psychiatryczny, który musi być leczony przymusowo...

– Dzięki czemu ten lekarz może też zdjąć z siebie tę ogromną odpowiedzialność, że wypuści kogoś, kto za chwilę zrobi komuś krzywdę.

– Jeśli więc przyjdzie mu to do głowy, to powinien zawiadomić sąd. Bo to sąd orzeka o przymusowym leczeniu. No, ale mnie się zdaje, że to musiałaby być już ostateczna ostateczność. W każdym razie nie słyszałam, by kiedykolwiek w tego typu przypadku to miało miejsce.

Proszę pamiętać, że lekarz musi mieć tu wątpliwość psychiatryczną! A skłonność seksualna do dzieci nie jest chorobą psychiczną, to jest nieprawidłowy popęd płciowy. My zwyczajnie nie możemy pozamykać wszystkich tylko dlatego, że nam się coś wydaje. No, ale też prawda jest taka, że nie chciałabym być w skórze lekarza, któremu można by powiedzieć: „Panie doktorze, on przecież u pana był, a potem wyszedł i po kilku dniach zgwałcił dziewczynkę".

Leczą tylko Warszawa, Kraków i Rzeszów

Właśnie dostałem mail z Ministerstwa Sprawiedliwości: o prewencję mam zapytać Komendę Główną Policji, a o terapię Ministerstwo Zdrowia. Dzień później do Ministerstwa Zdrowia odeśle mnie również MSWiA.

Wiesław Czernikiewicz jest lekarzem, seksuologiem, wieloletnim wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Od 39 lat pracuje ze sprawcami przestępstw seksualnych.

– Zacznijmy od tego, panie redaktorze – mówi, gdy już się rozsiedliśmy w jego gabinecie w Poradni Seksuologicznej i Patologii Współżycia przy ul. Dolnej 42 w Warszawie – że ostatnio powstał olbrzymi szum związany z pedofilią. Szkoda tylko, że jednostronny, związany z karaniem. Tymczasem my przecież mamy w polskim prawie odpowiednie artykuły mówiące o tym, że osoba, która dopuści się przemocy seksualnej wobec dziecka, jest też zobowiązana do podjęcia leczenia.

Takie leczenie może się zacząć w warunkach penitencjarnych. Natomiast jako środek zabezpieczający z reguły przez sąd jest orzekany obowiązek poddania się leczeniu już po odbyciu kary. Bądź też ktoś ma warunkowo zawieszoną karę i jednym z tych warunków jest właśnie obowiązek poddania się leczeniu.

Jak powstały te przepisy prawa, wyznaczono trzy oddziały zamknięte, szpitalne, do leczenia takich osób. Oraz pięć ośrodków, które miały prowadzić terapię ambulatoryjną, czyli dochodzącą. W tej chwili z tych trzech czynne są dwa. Jeden w Starogardzie Gdańskim, drugi w Choroszczy. A z ośrodków ambulatoryjnych nie uruchomił się żaden!

– Tu, gdzie teraz jesteśmy – kontynuuje doktor Czernikiewicz – nim w ogóle powstały tamte przepisy prawa, prowadziliśmy i nadal prowadzimy leczenie preferencyjnych sprawców przemocy seksualnej. Aktualnie działają dwie grupy pracujące w nurcie poznawczo-behawioralnym, bo to jest najbardziej skuteczna metoda.

Uczestnikami są ci, którzy opuścili zakład karny i mają obowiązek poddania się leczeniu. Bądź mają to w warunkach zawieszenia kary.

– Ile w sumie macie tych osób?

– W jednej grupie 12, w drugiej 10. Zresztą musi pan wiedzieć, że pacjenci opuszczający Choroszcz bądź Starogard Gdański też mają obowiązek kontynuowania albo psychoterapii, albo farmakoterapii. I teraz proszę sobie wyobrazić, że człowiek, który opuszcza Choroszcz, zamieszkuje w Szczecinie i on musi tu dojeżdżać.

– A bliżej, w szczególności w Szczecinie, nie może tego kontynuować?

– No właśnie nie, bo w tej chwili poza Warszawą, Krakowem oraz Rzeszowem – ale w tych dwóch ostatnich miejscach jest tylko terapia indywidualna – nie ma takiej możliwości.

Bardzo często ci ludzie, opuszczając zakład karny, po pierwsze, nie mają mieszkania, bo doszło do rozwodu, zostali wyeksmitowani itd. Oraz, rzecz jasna, pracy. Czyli nie mają za co dojechać tu ze Szczecina, Inowrocławia, Gdańska itd.

Oczywiście my tych ludzi potępiamy, bo zrobili rzecz straszną, niemniej oni są chorzy. Z zaburzeniem psychicznym. Więc jako cywilizowane społeczeństwo powinniśmy im zapewnić możliwość leczenia. Nie zapewniamy!

– Ale ile, jak pan myśli, jest osób w Polsce potrzebujących tego typu pomocy?

– Około dwóch tysięcy.

– I co ci ludzie w takim razie robią?

– No przepraszam bardzo, ale co mogą zrobić?! – denerwuje się doktor Czernikiewicz. – Mam pacjenta, który opuścił zakład karny, mieszka właśnie w Szczecinie, młody człowiek, na szczęście szybko dostał pracę, i raz w miesiącu, bo on jest tylko na farmakoterapii, dojeżdża tutaj, żeby ją otrzymać. Drugi z pacjentów raz w miesiącu dojeżdża spod Wrocławia. Trzeci – raz w tygodniu, na terapię grupową, z województwa śląskiego. No, ale to są ci, którzy mają czas i środki.

– Bo oni muszą za to zapłacić?

– Nie, no leczenie jest w ramach NFZ, ale muszą za coś dojechać, prawda?

– A co z tymi, którzy nie mają?

– Błąkają się od jednego lekarza do drugiego i słyszą: „Bardzo nam przykro, ale my tego typu terapii nie prowadzimy". Nawet wśród kolegów i koleżanek seksuologów jest bardzo niewielka grupa, która deklaruje, że chciałaby się zajmować sprawcami przestępstw przeciwko wolności seksualnej, bo to jest bardzo trudne i odpowiedzialne. Tymczasem my potrzebujemy mieć co najmniej jeden ośrodek ambulatoryjny w każdym województwie.

Co najmniej jeden!

– A dlaczego te, które miały powstać, nie powstały?

– Dlatego że nie było chętnych do pracy.

W tej chwili wojewodowie zwrócili się do szpitali psychiatrycznych, żeby uruchomili poradnie seksuologiczne, ale podejrzewam, że z tego również niewiele wyjdzie, bo wciąż nie ma chętnych do tego typu pracy.

Pedofilia i zaburzenia pedofilne

– A co w ogóle powinien zrobić ktoś, kto odkrywa, że pociągają go dzieci, nie popełnił żadnego przestępstwa, ale czuje niepokój? – pytam doktora Czernikiewicza.

– Tacy tu do nas też przychodzą. I część z nich faktycznie ma tego typu zaburzenie preferencji seksualnych, a u części jest to przejawem zaburzenia lękowego. Oni nie są pedofilami, ale tak się tego boją, że mają na tym punkcie, mówiąc kolokwialnie, obsesję.

Parę lat temu jeden z kolegów seksuologów, dr Andrzej Depko, stworzył w Warszawie możliwość, żeby tego typu osoby mogły dzwonić, przyjść, generalnie się skonsultować. Niestety dość szybko to upadło. Natomiast w Niemczech funkcjonuje to bardzo dobrze. W poszczególnych miastach są specjalne ośrodki, gdzie ktoś jest przy telefonie, każdy człowiek, mający tego typu niepokój, może zadzwonić, zostanie przyjęty.

– A więc czasem się zdarza, że ktoś tu przychodzi – wracam do wątku. – Mówi: „Dzień dobry, mam taki niepokój, że jestem pedofilem”?

– Albo wręcz: „Jestem pedofilem i boję się tego”.

– I wtedy?

– Trzeba zdiagnozować, czy rzeczywiście nim jest, czy tylko ma nerwicę na tym punkcie.

– Są jakieś testy to wykrywające?

– Niestety nie. Diagnoza jest stawiana na podstawie wywiadu seksuologicznego, psychologicznego, psychiatrycznego oraz doświadczenia osoby diagnozującej.

– W ramach czego, jak rozumiem, pada też pytanie: czy skrzywdził pan dziecko?

– Wie pan, my tak prowadzimy rozmowę, żeby przede wszystkim nawiązać kontakt terapeutyczny. Czyli żeby pacjent się poczuł na tyle bezpiecznie, żeby tego typu informacje też mogły zostać wypowiedziane.

To bardzo ważne, czy on kiedykolwiek podjął jakieś zachowania o charakterze seksualnym wobec dziecka. Bo najnowsza klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego rozróżnia pedofilię i zaburzenia pedofilne.

Zaburzenie pedofilne jest zaburzeniem psychicznym, a pedofilia jako taka nie. To jest po prostu preferencja seksualna, bardzo szczególna, ale może być tak, że ktoś ją ma i ona nie zakłóca jego funkcjonowania społecznego w roli ojca, męża, nauczyciela, księdza itd. Ten ktoś normalnie sobie żyje, też nigdy nie podejmuje próby kontaktu seksualnego z dzieckiem. Bo ma odpowiednie kompetencje, żeby to wysublimować, i w rezultacie na przykład malować, komponować.

– I taka osoba nie uruchamia się seksualnie w kontakcie z dzieckiem?

– Może mieć myśli erotyczne, ale nigdy nie skrzywdzi dziecka. On po prostu będzie nad tym panował i przede wszystkim nie będzie cierpiał, że nie może tego zrealizować. Natomiast kiedy cierpi i rzeczywiście rozpoznajemy u niego pedofilię, a nie stany lękowe, to znaczy, że ma zaburzenie pedofilne, czyli zaburzenie psychiczne, i podlega leczeniu.

– Rozumiem, że jak ktoś taki już tu do pana trafi, to przed wszystkim pan go zapewnia, że to, o czym będzie mówić, zostanie w gabinecie?

– Oczywiście, bo obowiązuje mnie tajemnica lekarska.

– A co, gdy on panu powie, że jednak kogoś skrzywdził?

– Panie redaktorze... – doktor Czernikiewicz wyraźnie się zastanawia. – Problem bardzo trudny, odpowiem tak: pracuję 39 lat i nie zdarzyło mi się zawiadamiać organów ścigania, że mój pacjent popełnił jakieś przestępstwo.

Na przykład niedawno zgłosili się do mnie rodzice z synem 19-letnim, który wykorzystywał seksualnie swoją młodszą siostrę. I ja im wyraźnie powiedziałem: „Oczywiście wasz syn zostanie objęty leczeniem, ale pod warunkiem, bo taki macie państwo obowiązek, że zgłosicie tę sprawę do sądu. A jeżeli nie, to po pierwsze, nie będę go leczył, a po drugie, sam to zgłoszę". I rzecz jasna rodzice to zrobili. No ale jak ktoś przychodzi sam i mówi, że pięć lat temu coś zrobił... Panie redaktorze... Jak przychodzi pacjent z zaburzeniami psychicznymi, to jaką mam pewność, że on rzeczywiście coś zrobił? On tak mówi, ale co naprawdę się za tym kryje, kto to wie.

Oczywiście jeżeli badam dziecko i dochodzę do wniosku, że u niego są objawy wykorzystania seksualnego, to natychmiast zawiadamiam prokuraturę. Absolutnie!

Pacjenci, panie redaktorze, muszą mieć pełne poczucie bezpieczeństwa! To jak na grupie terapeutycznej dla sprawców przemocy seksualnej. Oni zostali skazani za jakieś czyny. Co wcale nie znaczy, że to były jedyne. Ale oni, żeby zdrowieć, muszą mieć poczucie, że nic, o czym mówią, nie wyjdzie na zewnątrz.

Ściganie, wyjaśnianie to nie jest moja rola! Moją rolą jest troska o mojego pacjenta.

Niestety mam wrażenie, że tego typu postawa jest coraz mniej zrozumiała. Również wśród lekarzy. I to nawet robiących specjalizację z seksuologii – ostatnio słyszałem, jak grupa takich osób po wykładzie dotyczącym leczenia sprawców przestępstw seksualnych skomentowała go słowami: „A po co tu jakieś leczenie, wykastrować i załatwione".

Rzecz w tym, że specjaliści są po to, żeby odróżniać pospolitych przestępców od ludzi chorych. A tych, na stu sprawców, jest około 30. I tych 30 leczmy! Nie zachowujmy się jak w średniowieczu, gdzie człowieka z psychozą zamykano w kazamatach i przykuwano łańcuchem.

Terapię przechodzi rodzina

– No dobrze, a jak w ogóle wygląda to leczenie osób z zaburzeniem pedofilnym? – pytam doktora Czernikiewicza i słyszę, że na razie nie ma żadnej metody ani psychiatrycznej, ani seksuologicznej, ani

psychologicznej, przy użyciu której moglibyśmy wyleczyć jakiekolwiek zaburzenie preferencji seksualnych.

– Celem terapii jest danie człowiekowi odpowiednich kompetencji psychologicznych, żeby on był w stanie powstrzymać się w przyszłości od zachowań, które są krzywdzące dla dzieci, ale też dla niego.

Taka terapia to są spotkania raz w tygodniu, dwugodzinne, całość trwa dwa i pół roku. A później jest monitorowanie. Czyli pacjent na początku raz na dwa miesiące się tu pojawia, potem raz na trzy, cztery itd. Rozmawiamy, on opowiada, co u niego, a poza tym dysponuje moim numerem telefonu, w każdej chwili może zadzwonić, powiedzieć: „Jestem zagrożony. Źle się czuję. Potrzebuję pomocy".

– Drugą ścieżką jest, jak rozumiem, farmakoterapia?

– Jej celem jest obniżenie popędu. I tu są specjalne leki, które są dla tych ludzi przez państwo refundowane. I których efekt jest identyczny z kastracją chirurgiczną, ale odwracalny. Jak osoba przestanie brać, to po paru miesiącach popęd wraca. I mam dziś takich pacjentów, których zresztą prowadzę od lat i którzy, jeśli mamy dobry ze sobą kontakt, nie muszą bez przerwy brać tych leków. Bo oni doskonale wiedzą, kiedy przychodzi ten moment, że te impulsy perwersyjne się nasilają. I wtedy do mnie dzwonią, dostają receptę i po kłopocie.

Szczególnie wiosna jest takim okresem, w którym się to nasila.

– Ile osób już przeszło przez pana ręce? – pytam i słyszę, że 600-800. Z czego, jeśli chodzi o recydywę, to jest ich około 20 procent.

– Z ciekawych rzeczy panu powiem – mówi doktor Czernikiewicz – że w Niemczech jak ojciec popełni czyn kazirodczy, to ma do wyboru albo zakład karny, albo opuszczenie domu na jakiś czas, poddanie się terapii. Którą też przechodzi cała ta rodzina. I jak to już się skończy, to on wraca. I to jest moim zdaniem autentyczna troska o rodzinę! A nie jak u nas, że on trafia do zakładu karnego i wtedy z reguły ta rodzina przestaje istnieć.

– Rozumiem, że jak taki człowiek się tu do pana zgłasza i jest nauczycielem, katechetą, ojcem, to pan na czas terapii mu rekomenduje nie tylko, żeby się wyprowadził, ale też wziął urlop, a najlepiej w ogóle zmienił zawód?

– Jeżeli on nie popełnił żadnego czynu, to absolutnie nie!

To, co robię, to biorę go na terapię. Absolutnie! Indywidualną i grupową. Rozmawiam z nim, czy jest mu potrzebna farmakoterapia. Bo on musi na nią wyrazić zgodę. Tudzież go motywuję, może w niezbyt elegancki sposób, że gdyby się coś zdarzyło, to on w sposób zdecydowany trafi do zakładu. I tam, bo tak to jest, odbędzie na przykład karę pięciu lat pozbawienia wolności. A później trafi na cztery lata, też zamknięty, tylko w warunkach terapeutycznych, do szpitala psychiatrycznego. A później jeszcze terapia ambulatoryjna, jednym słowem zapłaci za ten jeden błąd prawie jedną czwartą życia.

– I pan mu jest w stanie z miejsca zaproponować terapię, czy musi jakiś czas czekać?

– Z miejsca, bo tu nie ma na co czekać.

– Ale przecież na początku pan mi powiedział, że miejsc nie ma.

– Bo nie ma, ale jak ktoś już do mnie trafi, to miejsce ma. Jeśli nawet nie na terapii grupowej, to indywidualnej, od razu mogę mu też włączyć farmakoterapię.

– A jeśli pan w czasie tych spotkań się dowie, że on jednak już wcześniej coś zrobił, a do tego jest nauczycielem, katechetą, ojcem?

– Ultimatum! Niestety. Zmienia pracę, poddaje się leczeniu. Absolutnie! Nie musi nikomu wyjaśniać dlaczego, po prostu to robi, ponieważ praca z dziećmi jest dla niego i dla nich zagrożeniem.

– A co z rodziną?

– W większości przypadków radziłbym, żeby w niej został. Bo bardzo mały promil mężczyzn, którzy mają tego typu zaburzenie preferencji, zagraża własnym dzieciom.

Przykro nam, seksuologa nie ma

Siedem dni po tym, gdy wysłałem pytania do Ministerstwa Zdrowia, wreszcie dostaję odpowiedź. Z której poza tym, co już wiem, dowiaduję się tylko, że „w przypadku osób z zaburzeniami preferencji seksualnych rozpoznania może dokonać lekarz specjalista w dziedzinie seksuologii lub psychiatrii". Z czego ten drugi udziela porad bez skierowania.

Że refundowany przez państwo „zakres świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych dla dorosłych (Poradnia Zdrowia Psychicznego) obejmuje m.in. bezpłatne porady lekarza psychiatry, wizyty domowe lub środowiskowe oraz sesje psychoterapii".

I wreszcie, że jeśli chodzi o „liczbę osób korzystających z terapii oraz liczbę miejsc, w których jest prowadzona", to takimi danymi

dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Do którego natychmiast w tej sprawie wysyłam mail i nie czekając na odpowiedź, zaczynam własne śledztwo. Które polega na tym, że na chybił trafił wybieram miasto w Polsce, wpisuję w wyszukiwarkę „poradnia seksuologiczna" i na przykład w przypadku Koszalina, bo poszedł na pierwszy ogień, wyskakują mi trzy rekordy. Z czego jeden odsyła mnie do prywatnego gabinetu, a dwa do niepublicznych przychodni zdrowia psychicznego. Z których, zdając się na przypadek, wybieram jedną, dzwonię i po wysłuchaniu komunikatu, że rozmowa jest nagrywana, z czym czuję się niezbyt komfortowo, bo dzwonię przecież w bardzo delikatnej sprawie, słyszę kobiecy głos...

– Psycholog, słucham.

No to opowiadam, że zgłosił się do mnie człowiek...

– Niech przyjdzie – słyszę. – Przyjmujemy codziennie, w godzinach 8-20, psycholog przeprowadzi wywiad i wspólnie podejmą decyzję co do dalszego działania.

Wszystko to plus ewentualna terapia psychologiczna, jak zapewnia mnie głos, odbędzie się w ramach, tak się akurat szczęśliwie składa, projektu finansowanego z budżetu państwa.

– A jeśli chodzi o seksuologa? – pytam.

– Niestety nie ma go w projekcie, ale z pewnością coś wymyślimy – mówi głos i zapewnia, powołując się na RODO, że wszystkie dane pozostaną poufne.

No to teraz Olsztyn: wyskakuje mi poradnia psychoterapii, profilaktyki i leczenia uzależnień, ale oni zajmują się tylko

uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. A poza tym jeden, prywatny gabinet, do którego dzwonię, mówię, o co chodzi, i głos zapewnia mnie o poufności, że przeprowadzi stosowny wywiad, ewentualną psychoterapię też można przejść u niego. Niestety farmakoterapii nie prowadzi, bo jest psychoseksuologiem, a nie lekarzem, ale jak będzie trzeba, to może przekierować do kogoś, kto to zaleci. Wszystko to kosztuje 150 złotych za godzinę spotkania.

– A na NFZ nie można? – pytam.

– Niestety – mówi głos. – Na NFZ przyjmuje tylko jedna pani lekarz w Olsztynie, ze szpitala MSWiA. Ale nie wiem, jak tam jest z terminami, poza tym jeśli to jest na NFZ, to ona musi to zgłosić. A już z pewnością w momencie, kiedy ten ktoś kogoś skrzywdził. A wtedy, no cóż, pójdzie do więzienia, tak więc niech on lepiej się zastanowi.

Mimo wszystko dzwonię do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA i na wstępie słyszę, że rozmowa będzie nagrywana, więc jak nie wyrażam zgody, to powinienem się rozłączyć. Co w połączeniu z nazwą szpitala powoduje, że gdybym to ja miał problem, z którym dzwonię, natychmiast bym tak zrobił. A już na pewno po kolejnym komunikacie, który każe mi przygotować numer PESEL.

– Poradnia zdrowia psychicznego, słucham – odzywa się wreszcie żywy głos w słuchawce.

– Też seksuologiczna?

– O, nie, nie, niestety, tego to już tu nie ma.

– Czyli jeśli chodzi o poradę na NFZ?

– To bardzo mi przykro, ale w Olsztynie pan jej nie dostanie.

Proszę czekać 117 dni

W Opolu wyskakują mi psycholog, seksuolog kliniczny – oferta za pieniądze.

Poradnia Towarzystwa Rozwoju Rodziny przyjmuje co prawda w ramach NFZ, ale nie ma w niej lekarzy seksuologów, a nawet psychologów tej specjalizacji. Na szczęście jest jeszcze Centrum Zdrowia Psychicznego i Seksuologii „Senso", którego Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia w ramach kontraktu z NFZ jest dostępna we wtorki i środy. No to dzwonię, odbiera pani psycholog i seksuolog w jednym, mówiąc, że jak najbardziej można zapisać się na spotkanie, czas oczekiwania około miesiąca.

– Prowadzimy też terapię indywidualną sprawców przemocy seksualnej, również farmakoterapię, wiec jak będzie trzeba, to ten człowiek, w którego imieniu pan dzwoni, z pewnością otrzyma pomoc. Tylko musi mieć skierowanie od lekarza rodzinnego lub innego specjalisty posiadającego kontrakt z NFZ.

– A co on ma mu powiedzieć?

– Że potrzebuje konsultacji seksuologicznej, to powinno wystarczyć.

Jeśli chodzi o Białystok, to już w kwietniu 2014 roku „Kurier Poranny" informował, że nie ma chętnych do udzielania porad seksuologicznych w ramach kontraktu z NFZ: „Na ogłoszony przez NFZ konkurs nie wpłynęła żadna oferta". I ta sytuacja do dziś nie uległa zmianie.

W Lublinie wyskakują prywatne gabinety psychologiczne oraz Centrum Medyczne „Sanitas", w którym się dowiaduję, że pani doktor seksuolog, owszem, jest, ale przyjmuje tylko odpłatnie.

– To gdzie ja mogę w Lublinie skorzystać w ramach NFZ z pomocy seksuologa? – pytam i zostaję grzecznie przekierowany do Telefonicznej Informacji Medycznej prowadzonej przez NFZ. Gdzie się dowiaduję, że jest tylko jedna placówka w Lublinie oferująca wizytę u seksuologa w ramach NFZ, a jest nią Centrum Medyczne „Przyjaźni".

– Bardzo mi przykro, ale ta pani już u nas nie przyjmuje – słyszę, gdy tam dzwonię.

Kielce: miły urzędnik z lokalnego oddziału NFZ, sapiąc z zakłopotania, mówi, że jak wpisuje w funduszową wyszukiwarkę „seksuolog", to nic mu nie wyskakuje, jakby to słowo w ogóle nie istniało.

– Może będzie w innym wykazie – mruczy. – Nie, nie, bardzo mi przykro, ale system natychmiast przerzuca mnie do „psycholog". Ale może ten pan, w którego imieniu pan dzwoni, pójdzie do psychologa, oni też przecież mają to na studiach, jakoś sobie poradzą – i podaje mi kilka telefonów, w tym do Centrum Zdrowia Psychicznego „Biomed", gdzie jak się okazuje, mają też seksuologów, ale tylko prywatnie.

– No i co ja mam teraz zrobić? – pytam panią, która odebrała moje połączenie.

– Zapisać się do psychiatry, który jest również seksuologiem. Wizyty u psychiatry są refundowane. A potem zobaczymy.

Nowy Sącz: tu sprawa jest prosta, bo od razu zostaję odesłany do Krakowa, to tylko sto kilometrów. Przy okazji dostaję informację, że w Krakowie, w ogóle w Małopolsce, są trzy poradnie oferujące kontakt z seksuologiem w ramach kontraktu z NFZ, a średni okres oczekiwania to 117 dni.

Telefon zaufania umarł po roku

Małgorzata Szwarocka jest seksuolożką kliniczną, psycholożką, terapeutką. Aktualnie prowadzi prywatny gabinet, pomaga osobom indywidualnym, parom, edukuje dzieciaki, rodziców, nauczycieli. To właśnie m.in. ona, wspólnie z dr. Andrzejem Depką, w ramach Fundacji Promocji Zdrowia Seksualnego siedem lat temu uruchomiła specjalny warszawski numer telefonu dla osób, które są, lub myślą, że są, pedofilami.

– On był częścią większej całości – mówi. – Która powstała na podstawie niemieckiego projektu „Dunkelfeld". Co w tłumaczeniu oznacza obszar ciemny, mroczny, niezbadany.

Stworzyli zespół z seksuologów, psychiatrów, psychologów i ginekologów, po czym wywalczyli od miasta lokal, w świetnej lokalizacji, ale w opłakanym stanie. I to w zasadzie wszystko, co wywalczyli, nikt już nigdy więcej żadnych pieniędzy w to nie włożył.

– I to miało funkcjonować na zasadzie? – pytam.

– Że jest poradnia, recepcja, poczekalnia, plus ten telefon, który działał dwa razy w tygodniu po trzy godziny, w porze popołudniowej. A obsługiwany był przez pięciu wolontariuszy, każdy z nich miał już doświadczenie w pracy przy telefonie

zaufania, do tego zostali przez nas przeszkoleni z aspektów seksuologicznych.

Wszystko to ruszyło we wrześniu 2012 i umarło po roku. Bo mimo że wszyscy pracowali za symboliczną złotówkę, nie dali rady tego utrzymać.

Przez ten czas zgłosiło się 50 osób. W tym nie tylko sprawcy przestępstw seksualnych na dzieciach czy też ci, którzy mają wątpliwości co do swojej seksualności w tym kontekście, ale też ofiary przemocy seksualnej. Co zdaniem Szwarockiej wynika z faktu, że dostępność pomocy tego typu jest bardzo mała.

Tych osób stricte związanych z dziećmi było dwanaścioro. A właściwie dwunastu, bo to wszystko byli mężczyźni.

– Z czego czterech zostało skierowanych do nas przez kuratorów sądowych – opowiada Szwarocka. – Co akurat w projekcie „Dunkelfeld" jest niedopuszczalne. Bo założenie jest takie, że temu powinna towarzyszyć osobista motywacja: wtedy taka osoba po prostu lepiej pracuje.

Tych czterech mężczyzn powinno trafić do terapii finansowanej przez NFZ, ale jako że nie zawsze jest taka możliwość, trafili do nas i my ich przyjęliśmy.

– To byli sprawcy?

– Tak, którzy odsiedzieli już wyroki albo dostali je w zawieszeniu, bo zostali przyłapani na posiadaniu dziecięcej pornografii. I wszyscy oni mieli zasądzony obowiązek terapii.

Piątą osobą był mężczyzna, który popełnił czyn wobec własnego dziecka, i on też miał wyrok, ale bez obowiązku terapii, tylko miał zakaz zbliżania się do dziecka. On sam się do nas zgłosił, bo jak powiedział: nie chce i nigdy nie chciał krzywdzić własnej córki, nie rozumie, jak to się stało.

Szóstą osobą był 25-latek, który zgłosił się trochę sam, a trochę pod przymusem, bo oddał komputer do naprawy, serwisant odnalazł na jego dysku pornografię dziecięcą i powiedział, że albo sam podejmie terapię, albo on zgłosi to na policję.

Następnie było dwóch chłopców około 17. roku życia, z których jeden wyskakiwał z ukrycia gdzieś przy placu Bankowym, poklepywał dziewczynki po pośladkach i zwiewał. A drugi masturbował się przed swoją o dziewięć lat młodszą kuzynką.

Matki ich przysłały.

Pozostałe cztery osoby to byli ci, którzy zgłosili się do telefonu, że po pierwsze, czują niepokój, że coś mogą zrobić, a po drugie, oglądają dziecięcą pornografię, nie mogą się powstrzymać. Czyli również czynnie krzywdzą dzieci, bo tym jest właśnie dziecięca pornografia.

– I co wy z tymi 12 robiliście?

– Każdy miał terapię indywidualną, dwóch zdecydowało się na farmakoterapię.

Generalnie jeśli chodzi o liczby i wnioski z rocznego trwania warszawskiego „Dunkelfeld", to po pierwsze, tylko trzech z 12 mężczyzn okazało się tymi, dla których dzieci stanowią

podstawową preferencję seksualną. I to było trzech z tych czterech przysłanych przez kuratorów. A więc dziewięciu to byli ci, dla których dzieci były obiektem zastępczym.

Po drugie, tylko trzech z 12 miało problem z poczuciem, że robią coś złego.

– Generalnie, co wynika z danych niemieckich, dużo bogatszych niż nasze – mówi Szwarocka – 80 procent sprawców przemocy wobec dzieci ma poczucie, że je krzywdzi, i nie chce tego robić.

– I co się stało z tymi wszystkimi ludźmi, gdy musieliście zwinąć żagle?

– Trudno mi powiedzieć, bo już tego nie monitorowaliśmy.

Liczby z NFZ

Po pierwsze, w 2018 roku przymusowemu leczeniu na oddziałach psychiatrycznych poddano 34 osoby z rozpoznaniem pedofilii – dowiaduję się z maila, który wreszcie przyszedł z NFZ.

Po drugie, że w tym samym roku liczba osób z tym rozpoznaniem, na które sąd nałożył obowiązek terapii ambulatoryjnej, a które w związku z tym były leczone w ramach specjalnie dla nich przygotowanego programu, wynosiła 36.

Po trzecie, że ten program jest dziś realizowany w Polsce jedynie przez czterech świadczeniodawców.

Po czwarte, że pozostałe osoby z rozpoznaniem pedofilii mogą być leczone przez ośrodki, które mają umowę z NFZ o udzielanie świadczeń psychiatrycznych.

Po piąte, że „NFZ kontraktuje również świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia realizowane w warunkach ambulatoryjnych, a skierowane także do osób z zaburzeniem preferencji seksualnych, w tym pedofilii". Co jest dostępne w ośmiu miastach: Wrocław, Kraków, Warszawa, Opole, Rzeszów, Gdynia, Zabrze oraz Poznań Jeżyce.

Po szóste, że w 2018 roku w warunkach ambulatoryjnych innych niż „program terapii zaburzeń preferencji seksualnych" była leczona – uwaga! – jedna osoba.

– A jak pani myśli – pytam Szwarocką – ile faktycznie osób w Polsce może mieć tego typu problem?

– Nie mamy badań, możemy się tylko domyślać, odwołując się na przykład do niemieckiego „Dunkelfeld". Gdzie przez 13 lat w dziesięciu miastach zgłosiło się 9500 takich osób.

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w lipcu 2019 r.

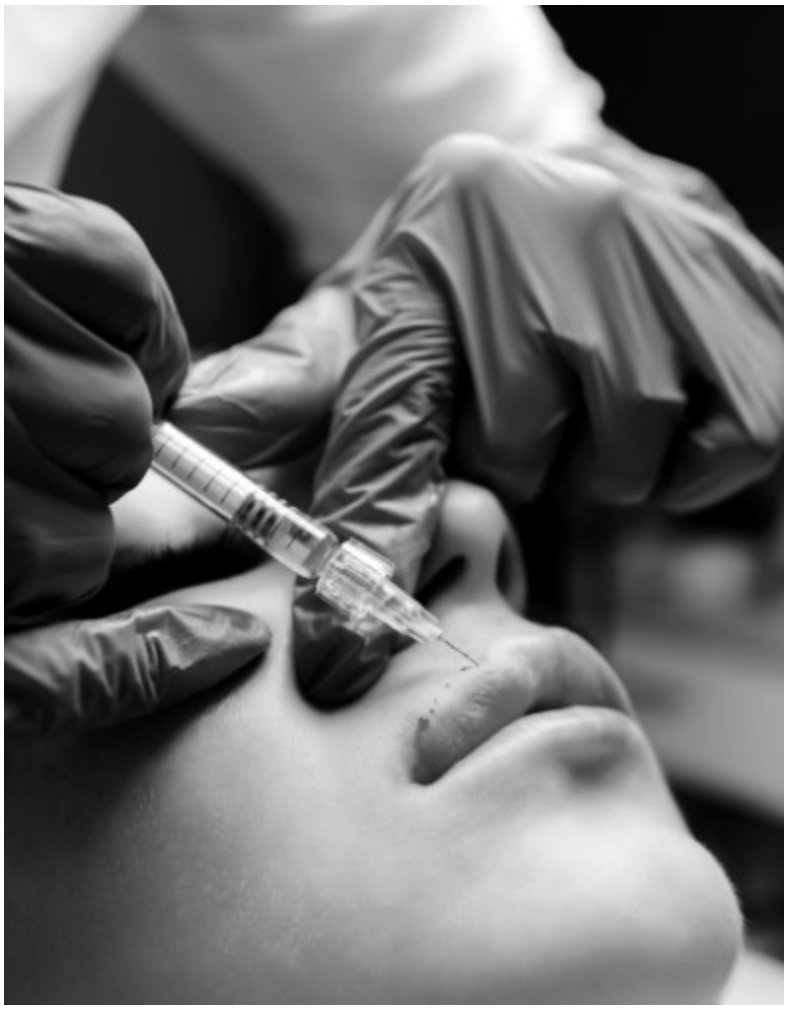
WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Co wstrzykujemy w usta, piersi i penisy?

Przychodzi dziewczyna, ma mocno wypełnione usta. Pytam, kiedy je robiła. Pięć lat temu. Czym? Chyba kwasem hialuronowym. Przecież on się wchłania, po dwóch latach nie ma śladu. To co ona tam ma? Nie

wie. Ma jakiś dokument? Skąd! U kogo robiła? Nie pamięta.

ALEKSANDRA SZYŁŁO



Fot. Shutterstock

Ogłoszenie na Alibabie: „Nowy do wstrzykiwań wypełniacz kwas. Igły darmowa. Wiele osób cierpi z powodu igły fobii. Nasze igły darmowa technologii łagodzi igły fobii z igłą – darmo wtrysku".

„A postawi mi pani ochronę pod domem?", „Lubię mieć spokojne życie", „Mam dzieci" – tak reagują kolejni lekarze, gdy proszę o wypowiedź o preparacie Aquafilling i innych ciemnych stronach medycyny estetycznej w Polsce. W reportażu „Piersi powiększy ci

dentysta" („DF", 20.05.2019) opisałam powikłania po zabiegach powiększania i modelowania biustu metodą Aquafilling (teraz nazwa zmieniona na Los Deline). Kolejne pacjentki kierowane są na amputacje piersi; u wielu nawet to nie daje wyleczenia – płynny preparat migruje po ciele, przemieszczając się do brzucha, bioder czy pleców. Po reportażu dzwonią do mnie lekarze, ale mało kto godzi się wypowiedzieć publicznie pod nazwiskiem. Doktor A. tłumaczy to tak: – O Aquafillingu usłyszałem od znanego kolegi po fachu kilka lat temu, jak preparat był wprowadzany do Polski. Zaintrygowało mnie: jeśli to faktycznie taka świetna, bezpieczna metoda, dlaczego nie mam tego jeszcze w ofercie? Szybko trafiłem na informacje, że to syf, że płynne wypełniacze do piersi są zabronione w większości cywilizowanych krajów. Zacząłem w środowisku dociekać, dlaczego u nas się to robi. Wtedy ktoś zadzwonił do mojego gabinetu: „Nie interesuj się więcej Aquafillingiem". Były jeszcze głuche telefony. Zostawiłem to, mam rodzinę.

Nowotwory po powiększeniu

Pod nazwiskiem godzi się mówić dr Maciej Kuczyński, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, założyciel i kierownik prywatnego Ośrodka Chirurgii Plastycznej w Lublinie. Pokazuje mi film w telefonie – bok kobiecego ciała z kilkudziesięciocentymetrową raną. Pacjentka nie ma skóry na pośladku i niemal całym boku prawego uda.

Kuczyński: – Dostaję od kolegów liczne zgłoszenia (filmy, zdjęcia) powikłań po Aquafillingu. Zawsze mówię: „Opublikuj to na YouTubie, może do kogoś dotrze". Ale lekarze prawie nigdy się na to nie decydują. Dlaczego? Ja przecież za nich nie odpowiem.

Z badań w Chinach, Korei i krajach byłego ZSRR wiemy, że konsekwencje podawania preparatu modelującego z poliakrylamidem ujawniają się nawet po kilkudziesięciu latach, organizm nigdy nie jest w stanie się go pozbyć. Znam z literatury dwa udokumentowane przypadki nowotworu będącego wynikiem takiego zabiegu. Ile w rzeczywistości ich jest? Nikt nie wie. U pacjentek z płynnymi wypełniaczami w piersiach praktycznie niemożliwa jest diagnostyka. Często nie da się stwierdzić, czy kobieta ma guzki, tyle jest tam zmian strukturalnych.

Polki po Aquafillingu będą musiały leczyć się w publicznych placówkach. Prywatnie lekarze nie będą się podejmowali, bo strach. Aquafilling w tym sensie jest problemem społecznym. Setki, tysiące pacjentek ustawią się w kolejce do tych samych łóżek szpitalnych, co kobiety z nowotworem. I nie tylko kobiety. Pokażę pani kolejny film mojego pacjenta. Miał powiększaną klatkę piersiową Aquafillingiem. Tkanka jak ugotowana – zmartwiczała, zwłókniała. Nagranie pokazuje kolejny zabieg odsysania preparatu, ale tego się nie wyczyści.

Zabieg Aquafilling to dla lekarza łatwe pieniądze. Rynek europejski nie jest rygorystyczny w tej kwestii. Aby wprowadzić wyrób medyczny do obrotu, wystarczy certyfikat CE, wydawany zwykle przez instytucje certyfikujące na podstawie dokumentów i badań przedstawionych przez dystrybutora. Nie ma instytucji sprawdzającej rzetelność tych danych. W USA jest tak: niezapowiedziana wizyta w klinice, wyjęcie losowo z szafek preparatów czy implantów; analiza, czy ich skład i stan zgodny jest z dokumentacją. Ja o takiej kontroli w Polsce nie słyszałem, a pracuję w zawodzie ponad 20 lat.

Co jakiś czas mamy awanturę. Przed laty implanty piersi PIP – wypełnione toksycznym, przemysłowym silikonem – pękały. W Polsce kilkadziesiąt przypadków, w Europie – kilkadziesiąt tysięcy. Dlaczego rynek w innych dziedzinach jest uregulowany, a w tej nie? Sam zadaję to pytanie. Na razie jako Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej dostaliśmy notę przedsądową od dystrybutora Aquafilling w Polsce z żądaniem, aby sprostować ostrzeżenie na naszej stronie. Nie zamierzamy zmieniać stanowiska w tej sprawie. Wprawdzie sprzedaży Aquafilling zaprzestano (w marcu 2017 wygasł certyfikat), ale jest Los Deline. To samo pod inną nazwą – przyznaje to sam dystrybutor. Rozprowadzany tymi samymi kanałami i stosowany przez tych samych lekarzy.

Certyfikat CE, czyli China Export

Lekarka X. nie godzi się na podanie nazwiska. – Na targach medycyny estetycznej są setki stoisk, tysiące produktów. Jak lekarz wszystko sprawdzi? Nie ma czasu. Bierze się to, na co jest zapotrzebowanie klientów, i nowości. Teoretycznie preparaty do użytku medycznego powinny mieć certyfikat CE. Część ma jaki? China Export. Skrót CE, czcionka łudząco podobna. I tak tego nikt nie sprawdza. Wyroby medyczne, takie jak np. ampułki do mezoterapii, objęte są 8-proc. VAT-em. Ale na targach jest dużo produktów z VAT-em 23 proc. Nie mają certyfikatów i sprzedawane są na zasadzie kremu Nivea. Z tą różnicą, że później ostrzykuje się tym twarz. Część lekarzy sprowadza „Macrolane like", czyli preparat typu Macrolane. Jak tani ser typu feta. Gdzie się to kupuje? Na Alibabie. Tam każdy może kupić, co chce. Tak samo jak można kupić w internecie komentarze „w pełni usatysfakcjonowanych pacjentów". Firmy, które się tym zajmują, same zgłaszają się do lekarzy z ofertą „optymalizacji internetowych opinii".

Mam wrażenie, że niektórych pacjentek to nie obchodzi. Przychodzi dziewczyna, ma mocno wypełnione usta. Pytam, kiedy je robiła. Pięć lat temu. Czym? Chyba kwasem hialuronowym. Przecież kwas hialuronowy się wchłania, maksymalnie po dwóch latach nie ma po nim śladu. To co ona tam ma? Nie wie. Ma jakiś dokument? Skąd! U kogo robiła? Nie pamięta. Kobiety nie wiedzą, kto i co im wstrzyknął, nie mają żadnej dokumentacji – to standard. Mówię, że to niebezpieczne, a ona: „Ale przecież dobrze, że się nie wchłonęło, nie muszę poprawiać". Kobiety wyjeżdżają do Kaliningradu na zabiegi estetyczne, bo taniej. Te, które spotkałam, nie miały żadnego dokumentu potwierdzającego, co im zrobiono.

Do gabinetu przychodzą matki z córkami. Najmłodsza była chyba 10-latka. Żądają, by córce powiększyć usta, zlikwidować rozstępy na udach. Odmawiam, choć wiem, że ktoś inny przyjmie.

Kaczka, pontony, glonojad

Brak „efektu kaczki", „efektu pontonów" czy „efektu glonojada" obiecuje niemal każda oferta powiększenia ust na portalach ogłoszeniowych typu OLX czy Gumtree. Stop. Nie „powiększenia", ale „wolumetrii" ust, to obowiązujący termin. Ceny od 300 zł za całość. Sęk w tym, że kwas hialuronowy renomowanej firmy to dla lekarza kupującego hurtem koszt 400-800 zł za mililitr, jak twierdzi Krzysztof Wachal, chirurg naczyniowy zajmujący się też medycyną estetyczną. Jak wytłumaczyć takie promocje?

Dr Wachal: – Zabiegi polegające na ostrzykiwaniu kwasem hialuronowym, jak powiększenie ust czy wygładzanie zmarszczek, może robić wyłącznie lekarz, najlepiej odpowiednio przeszkolony, który ma ukończone studia podyplomowe w zakresie medycyny estetycznej. Niestety, u nas dość powszechnie wykonują je też

kosmetyczki. Niedawno koledzy lekarze widzieli taką ofertę w salonie fryzjerskim. Ponieważ te zabiegi wykonywane są nielegalnie, z natury są całkowicie poza kontrolą. Głośny był przypadek kobiety, która po podaniu kwasu hialuronowego dostała rozległej martwicy czoła. Salon kosmetyczny, gdzie wykonano zabieg, zniknął następnego dnia po tym, gdy wróciła z powikłaniem. Nie twierdzę, że powikłania nie zdarzają się również po podaniu preparatu najwyższej jakości, przez doświadczonego lekarza. Takie ryzyko istnieje i nie zawsze jest to wynik błędu technicznego czy braku wiedzy.

„Nasze igły darmowa"

– Po podaniu preparatu w tzw. dolinę łez może dojść do zaniewidzenia lub udaru mózgu. Takich przypadków na świecie zarejestrowano już ponad 100. Ważne, by procedury medyczne ratunkowe były wdrażane natychmiast po stwierdzeniu objawów niedokrwienia. Kosmetyczka nie ma takiej wiedzy i możliwości. Jej klientki docierają do lekarza, gdy na jakąkolwiek pomoc jest już za późno. Czy to się później jakoś leczy? Oczywiście tak, jednak nie ma co ukrywać, defekt kosmetyczny, gdy dojdzie do takiego stanu, pozostaje olbrzymi. Jeśli jednak zabieg wykonuje osoba niebędąca lekarzem i robi to przy użyciu preparatu niewiadomego pochodzenia, ryzyko wzrasta wielokrotnie. Szacuje się, że na polski rynek co miesiąc trafia kilka tysięcy ampułkostrzykawek kwasu hialuronowego poza oficjalnym obrotem, bez żadnej kontroli. Musi pani zdawać sobie sprawę, jak potężny jest rynek kosmetyczny w Polsce i na świecie. Tylko rynek preparatów kosmetycznych w Polsce jest szacowany na 42 mld zł. Rynek zabiegów medycyny estetycznej u nas rośnie 50 proc. rocznie – mówi dr Wachal.

Przeglądam portal Alibaba – hurtowy import towarów z Chin. Pierwsza z brzegu oferta: „Nowy do wstrzykiwań wypełniacz kwas hialuronowy do twarzy usta atomizera hialuronowy pen lip skóry wypełniacz". Specyfik można kupić po 138,05 zł za mililitr (po uwzględnieniu aktualnego rabatu 31 proc.). Oferta obok: pakiet 10 dawek po 0,5 ml, po 86 zł za dawkę, z rabatem 31 proc., opisana: „Igły darmowa. Wiele osób cierpi z powodu igły fobii. Nasze igły darmowa technologii łagodzi igły fobii z igłą – darmo wtrysku".

Zdaniem dr. Wachala duże ilości kwasu hialuronowego poza oficjalnym obrotem idą też do nas z Korei Południowej, która jest potentatem na rynku. Drugim produktem, który świetnie sprzedaje się na czarno, jest botoks. Dr Wachal: – Kwas hialuronowy może kupić każdy, botoks teoretycznie sprzedawany jest tylko lekarzom. Ale znowu: są lekarze, którzy odsprzedają go kosmetologom czy kosmetyczkom. Jeśli lekarz odsprzeda tysiąc jednostek botoksu, każdą o 100 zł drożej, niż kupił, ma 100 tys. czystego zysku. A przecież jeśli kupuje hurtowo, ma różne promocje i programy lojalnościowe. Bez trudu nałoży marżę i znajdzie chętnych, którzy odkupią od niego botoks i jeszcze sami zrobią na nim świetny biznes. Pamiętajmy, że wiele tych preparatów jest sprzedawanych jako produkt medyczny, nie jako lek, i ich sprzedaż nie podlega takiej kontroli jak leki, tylko zgłoszeniu. Nie musi być w jakikolwiek sposób badany, monitorowany, przechowywany i podawany w odpowiednich warunkach.

Doktor A.: – Podanie kwasu hialuronowego do ust musi odbywać się w aseptycznych warunkach. Jeśli one nie są restrykcyjnie zachowane, efekty mogą pojawić się po latach. Groźna bakteria może długo nie ujawniać się po wszczepieniu pod skórę. Wystarczy jednak osłabienie organizmu i okazuje się, że mamy w ciele wrogą

armię, która nas powala. Ja nie ukrywam, że operacja powiększenia piersi implantami może, w rzadkich przypadkach, prowadzić do rozwoju nowotworu – chłoniaka. Takie są badania i zawsze informuję o tym. A jednak są kobiety, które decydują się na ryzyko. Polecam portal Międzynarodowego Zrzeszenia Dziennikarzy Śledczych (icij.org), gdzie zbierane są fakty o produktach medycznych, m.in. implantach.

Sprawdzam. Z raportów Zrzeszenia wynika, że w USA w ostatnich dwóch latach liczba powikłań po implantach wzrosła 20-krotnie. To nie implanty są gorsze, ale prawo jest coraz lepsze – wcześniej producentom łatwiej było ukrywać statystyki. Szacuje się, że co piąta kobieta, która ma implanty, będzie musiała operacyjnie je wyjąć w przyszłości z powodu pęknięcia, przemieszczenia albo odrzucenia go przez organizm.

Zmienić męża

Dr Kuczyński: – Każda pacjentka, która siada przede mną, mówi: „Panie doktorze, żeby było naturalnie". Niezależnie od tego, jak kuriozalne żądanie następuje później. Zdarza się, że przychodzi z partnerem. Są tacy, którzy po prostu wspierają kobietę w tym, co chce osiągnąć. Są też jednak „inżynierowie", tak ich nazywam. Mają swój plan, co w partnerce powinno się zmienić. Staram się rozmawiać z samą pacjentką. Usłyszeć od niej, jakie są jej potrzeby. Czasem widzę, że cokolwiek by ta kobieta mówiła, nawet w gabinecie, jemu się to nie podoba. Cudu nie będzie. Kształtniejsze piersi czy usta nie spowodują, że będzie się do partnerki inaczej odnosił. Zawsze powtarzam: jeśli pani nie potrzebuje zmiany, a taką potrzebę widzi partner, to proszę zmienić, ale partnera. Nie jest tak, że po zabiegu mąż, który myśli o rozwodzie, zakocha się od nowa i wróci.

Na pytanie, czy operacje piersi dają pacjentkom satysfakcję, Kuczyński odpowiada: „Zdecydowana większość jest zadowolona". Widzi też wskazania medyczne do tych operacji – polepszenie jakości życia seksualnego. Gdy pytam o powiększanie penisów, mówi: „Szukają tego zazwyczaj mężczyźni z nieudanym życiem seksualnym. Zabieg tego raczej nie zmieni". Zastanawiam się, jaka logika rządzi tym, że powiększenie biustu polepsza życie seksualne pary, a powiększenie penisa nie. Może chodzi o to, że Kuczyński specjalizuje się w piersiach?

Aquafilling: temat nienośny

Kobiety po Aquafillingu, walczące dziś o zdrowie i życie, starały się zainteresować różne media sprawą. Weronika: – Telewizja TVN zebrała od nas wypowiedzi, okazałyśmy dokumenty i badania. Kontakt jednak urwał się*.

One i ich bliscy nieoficjalnie dowiedzieli się, że temat nie będzie realizowany. Stacja ma swoje gwiazdy. Jest nią między innymi dr Rogala, dystrybutor preparatu Aquafilling (obecnie Los Deline) na Polskę.

***Tekst ukazał się w „Wyborczej" w czerwcu 2019 r. Później TVN wyemitował reportaże na ten temat.**

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Chore na raka dzieci wiedzą, co się z nimi dzieje

„Miałam walizki z pieniędzmi, bogatego męża. Na co mi teraz to wszystko? Teraz mam tylko jedno: chore dziecko! – wykrzyczała mi pod szpitalem młoda, elegancka kobieta". Rozmowa z Krystyną Paraszkiewicz-Pater oraz Anną Szymańską z Fundacji na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową.

ALEKSANDRA SZYŁŁO

Fot. Shutterstock

Dzieci na oddziale onkologicznym boją się o rodziców. Czasem łatwiej im porozmawiać z osobą obcą, np. „ciocią od teatru".

ALEKSANDRA SZYŁŁO: Skąd pomysł, by robić teatr z dziećmi z chorobą nowotworową?

KRYSTYNA PARASZKIEWICZ-PATER: Z wykształcenia jestem aktorką, wcześniej pracowałam w młodzieżowych domach kultury i widziałam, że zajęcia teatralne mają olbrzymi terapeutyczny wpływ. 17 lat temu szłam przez park i pomyślałam, że praca aktorska mogłaby być również przydatna dzieciom chorym. Zadzwoniłam do prof. Alicji Chybickiej z Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej, a ona od razu powiedziała, że tak, robimy to.

Dzieci są niesamowicie dojrzałe i twórcze. Każde mnie zaskakuje czymś. „Ciociu Krysiu, teraz wchodzimy do garnka" – takie nietypowe pomysły na improwizacje miała Zosia. Raz podeszła: „Ciociu Krysiu, pogłaszczesz mnie po włosach? Długie mam włosy?".

„Długie. I gęste" – głaskałam ją po opadających na ramiona puklach, zaplotłam warkocz.

Póki stałam przy niej, jakoś udawało mi się zebrać w sobie. Wypłakałam się dopiero po zajęciach.

Ona od miesięcy miała już zupełnie łysą główkę.

Zosi już z nami nie ma.

Jak wygląda praca nad spektaklem?

K.P.-P.: Przygotowania do 45-minutowego pokazu trwają cały rok. Zaczynam od zabaw dykcyjnych, oddechowych, często przy łóżkach. Z mniejszymi dziećmi używam pacynek, małych marionetek. Występuje, kto chce, i w takiej formie, w jakiej najlepiej się czuje – ktoś z piosenką, ktoś w skeczu, ktoś z monologiem.

15-letnia Małgosia oświadczyła rodzicom i lekarzom, że zgodzi się na amputację nogi, ale najpierw chce zatańczyć na balu

gimnazjalnym i wejść samodzielnie na scenę w Teatrze Polskim na naszej gali. Odłożono operację o dwa miesiące.

Małgosi też już nie ma z nami.

Dzieci na oddziale boją się o rodziców. Czasem łatwiej im porozmawiać z osobą obcą, np. właśnie ciocią od teatru. Albo napisać. Dzieci wiedzą, co się dzieje, i czują emocje rodziców, również te, które dorośli starają się przed nimi ukryć.

Mówimy o tym, co ja robię dla dzieci, ale chcę podkreślić, że ta praca bardzo dużo daje mnie samej. Dzięki niej nauczyłam się uważności. Słuchania. Nieoceniania. Bycie tutaj prostuje, uczy pokory, jest punktem odniesienia w różnych życiowych sytuacjach. Wiem, że przychodzę tu również po to, żeby sobie pomóc, czuć sens, nie być samotną. Jak jeszcze żył mój mąż, mówił czasem: „Nie chodź już do tego szpitala, za bardzo się przejmujesz". Ale to on woził mnie po wsiach, żebym mogła ćwiczyć z dziećmi teksty. No bo jak? Dziecko wychodziło ze szpitala na przepustkę i miało wrócić na oddział tuż przed grudniowym występem. To kto będzie z nim w domu ćwiczył monolog? Bałam się, że zapomni tekst i się zniechęci. Mąż to rozumiał i mnie woził.

Jak w takiej pracy stawia się granice między zaangażowaniem a swoją sferą prywatną?

ANNA SZYMAŃSKA: Te granice każdy musi ustawić sam, jak w każdej innej dziedzinie życia.

Macie w fundacji 30 wolontariuszy, którzy zajmują się chorymi na oddziale. Dbacie, by wolontariat był sprofesjonalizowany.

A.SZ.: Jedną z podstawowych zasad jest, że wolontariusz nie podaje swojego telefonu chorym i ich rodzinom. To my rekrutujemy wolontariusza i bierzemy odpowiedzialność za jego działania w szpitalu. Wolontariusz ma kilkoro swoich podopiecznych, m.in. po to, by jego emocje rozłożyły się pomiędzy nich. Ma też opiekę doświadczonej koordynatorki i w razie potrzeby możliwość rozmowy z psychologiem. Stałym punktem jest spotkanie z psychologiem raz w miesiącu.

Oczywiście może się zdarzyć, że między chorym a wolontariuszem tworzy się przyjaźń wykraczająca poza ramy tej relacji. Chory opuszcza szpital i chcecie nadal utrzymywać kontakt? Nie ma problemu. Pamiętaj tylko, że tam dalej nie jesteś już wolontariuszem – możesz być kolegą, przyjacielem, dziewczyną, chłopakiem, to już wasza prywatna relacja.

Zdarza się, że kogoś nie przyjmujecie na wolontariat?

A.SZ.: Tak. Jeśli osoba, która się do nas zgłasza, jest niezrównoważona emocjonalnie, ma nieprzepracowaną traumę lub jest w trakcie żałoby. Praca z dziećmi daje dużo nam wszystkim, ale jednak naczelna zasada brzmi – przychodzisz tu dla dzieci. Dlatego naszej ekipie zawsze mówię: jeśli masz zły dzień i nie jesteś w stanie zostawić złych czy gorzkich emocji za drzwiami, lepiej tego dnia odwołaj spotkanie.

Kto najczęściej się zgłasza?

A.SZ.: Kobiety. 85 procent. To najbardziej charakterystyczna cecha. Poza tym – wiek różny, wykształcenie różne. Motywacja – często na początku nie potrafią odpowiedzieć konkretnie na to pytanie. I to jest w porządku. Dopiero po pewnym czasie zaczynają mówić, co im ta działalność daje, jak zmienia ich życie.

K.P.-P.: „Nauczyłam się najbardziej niezbędnych rzeczy. Martwić się nie tylko o siebie. Płakać nie tylko z bólu. Mówić. Bo czas może nagle się skończyć i nigdy nie wiesz, czy zdążysz powiedzieć to wszystko, co chcesz, co musisz" – tak opisała to nasza wolontariuszka Maria, studentka z Ukrainy.

„Wchodząc do chorych, ściągasz te wszystkie pierścionki, zegarki, wychodzisz z roli studenta, pracownika, żony, matki. Liczba punktów zdobytych w plebiscycie na najbardziej zorganizowaną i perfekcyjną osobę roku tutaj nie ma znaczenia. Nie musisz w żaden sposób siebie sprzedawać. Dla chorych nie liczy się, co robisz, tylko jakim jesteś człowiekiem. Dlatego łatwiej tu odnaleźć siebie. Czasem wystarczy, że pozwolisz sobie po prostu być" – to Maja, inna nasza wolontariuszka.

Pani Anno, pani w dzieciństwie przeszła chorobę nowotworową, a po latach wróciła na oddział jako wolontariuszka. Od trzech lat jest pani pracownikiem fundacji. Opowiada pani dzieciom o tym?

A.SZ.: Unikam szablonu: „Cześć, jestem Ania, też byłam chora, teraz jestem zdrowa, więc u was też będzie wszystko dobrze". Nie robię z siebie małpki. Jestem tu dla dzieci, odpowiadam na ich żywe, bieżące potrzeby. Moją historię opowiadam czasami, jeżeli czuję, że to jest bardzo potrzebne. Mieliśmy nastolatkę, która nijak nie mogła pogodzić się z koniecznością zgolenia głowy. A szykowała się do przeszczepu, więc nie było innego wyjścia. Przyniosłam jej moje zdjęcia z czasów, kiedy byłam bez włosów. Na początku nie dowierzała: „To nie z Photoshopa? Przecież pani jest ładna… i ma długie włosy…". Opowiedziałam jej szczerze, że odrosły, choć nie takie gęste jak przed chemią. Tego dnia poszłyśmy razem do fryzjera.

Niedawno prowadziłam moje zajęcia z sensoplastyki w świetlicy, zgodziłam się, by dzieci obsypały mnie mąką. Potem chciałam wyjść na zewnątrz, otrzepać się. Ktoś dorosły zwrócił uwagę, że lepiej nie, bo się przeziębię. Wtedy nasz mały pacjent wypalił: „Przeziębi? Co ty! Ona miała raka i się wyleczyła!".

K.P.-P.: Aniu, twoi rodzice byli przeciwni, żebyś wróciła do szpitala jako wolontariuszka, prawda?

A.SZ.: Rodzice myśleli, że będzie lepiej, jeśli definitywnie zamknę temat choroby w moim życiu. Jednak jestem, i jestem dumna, że możemy robić to, co robimy.

Kim są ci nieliczni wolontariusze mężczyźni?

A.SZ.: Kamil, student, początkujący biznesmen. Zawsze budzi mój szacunek, jak widzę, gdy przed wejściem na oddział włącza tryb samolotowy w telefonie, niezależnie od tego, ile pilnych spraw zawodowych zostawiałby na zewnątrz.

Rafał w pracy zajmuje się pozycjonowaniem stron w sieci. Przez trzy lata chyba ani razu nie odwołał spotkania z dziećmi. W ostateczności najwyżej przesuwa godzinę.

Pan Robert, który dojeżdża do nas z innej miejscowości, pracuje przy produkcji aparatów słuchowych. Jest rekordzistą, gdy mamy akcję i zbieramy do puszek. Jeśli cała drużyna zbierze 3 tysiące, to w puszce pana Roberta są 2. Tak umie podejść do ludzi.

I jest jeszcze Adrian, student fizjoterapii.

Do czego szczególnie przydają się mężczyźni?

A.SZ.: Do gry na Xboxie. Taka prawda. Czasem nastolatek woli pograć z chłopakiem, co będzie grał z dziewczyną, nawet najsympatyczniejszą. Chociaż Adrian nie jest od elektroniki, jest mistrzem planszówek. Rozgrywając partię najbanalniejszego chińczyka czy monopolu, gier, które niby wszyscy znamy, stwarza cały świat – atmosferę, opowieść. Nasz podopieczny Kuba na przykład nie akceptuje nikogo innego. Jak mnie widzi, woła: „Załatw Adriana!".

Zdarza się, że wolontariusze nie dają rady?

A.SZ.: Bywa, że ktoś mimo najszczerszych chęci nie radzi sobie. Stwierdza, że to dla niego za trudne, albo zwyczajnie nie potrafi nawiązać takiego kontaktu z dziećmi, żeby czuć ten sukces.

Sukces, czyli co?

A.SZ.: Kiedy dzieci chcą właśnie z tobą spędzać czas, kiedy dobrze się bawią. Zapominają na chwilę o chorobie. Początki wolontariatu bywają frustrujące. Dostajesz trzy sale do obejścia. Zaglądasz do pierwszej – dziecko odwraca się plecami, bo akurat nie chce z nikim rozmawiać; w drugiej inne wymiotuje, w trzeciej – nie ma humoru na nic. Ważne, by nie skupiać się w takiej sytuacji na sobie – oj, nie udało mi się, chyba się nie nadaję, nie jestem wystarczająco fajna, lepiej zrezygnuję. Tak na oddziale bywa. Jesteśmy tu dla nich, nie po to, żeby potwierdzać swoją „fajność". Już po stylu, jak ktoś wchodzi na salę, widzę, czy z tego coś będzie, czy raczej nie.

To jak należy wchodzić na salę?

A.SZ.: Do dziecka. Są osoby, które na tyle boją się tego kontaktu, że zrobią wszystko, byle go nie nawiązać. Zagadają do rodzica, do

pielęgniarki. Albo pytają mamę nad głową pacjenta: „Czy on chce pograć w grę?".

Trzeba mieć też takt. Wchodzimy na salę szpitalną, jakbyśmy wchodzili do czyjegoś domu. Chory nie ma gdzie się stamtąd wycofać, więc to my musimy czuć, kiedy wyjść albo przerwać spotkanie. Jeśli coś się dzieje, jest badanie albo nagłe wymioty. Nie stawiać kogoś w krępującej sytuacji.

K.P.-P.: Czasem trzeba długo poczekać, żeby chory nastolatek jednak otworzył się na kontakt. Reakcją na chorobę bywa zamknięcie się w sobie albo agresja. To normalne. Angela miała guza mózgu. Była tak zbuntowana na tę sytuację, że długo leżała odwrócona do ściany. Jak wchodziłam, zwijała się jeszcze bardziej. Przyszedł jednak taki dzień, że porozmawiała ze mną. Potem wystąpiła na naszym koncercie, śpiewając. Był dzień, że tańczyłyśmy razem na korytarzu, ona to wymyśliła. Mając 15 lat, dzięki fundacji Mam Marzenie nagrała płytę, na której śpiewała razem z Eweliną Flintą i Mietkiem Szcześniakiem.

Angela pisała tak: „Coś się stało z moją głową. Potem, jak się do niej włamali, było jeszcze gorzej. Nawet włosy nie chciały rosnąć. To coś powiększało się, potężniało, rzucało mnie na kolana, wyrywało wnętrzności. Dlaczego – pytałam i złościłam się na wszystkich. Aż kiedyś przyszedł taki sen, potem powtarzał się często. Z mojej głowy wyfruwają małe, żółte ptaki. Niektóre patrzą na mnie oczami znajomych. Siadają na rękach, na łóżku, na szafce, nawet na stojaku z kroplówką. Nagle do pokoju wchodzi Mama. Zbiera ptaki i robi z nich kulkę. Kładzie mi ją na sercu – żółtą, pulsującą i ciepłą. Bierze mnie za rękę. Ona zawsze podaje mi rękę, nawet jak na Nią warczę. Budzę się spokojna i radosna".

Płytę Angeli jej mama puściła później na pogrzebie córki.

A.SZ.: Na oddziale onkologii dziecięcej są sytuacje, na które nie da się przygotować psychicznie, uodpornić, niezależnie od tego, ile już lat jest się wolontariuszem. Przygotowywaliśmy Weronice 10. urodziny. Jej ojciec od rana wycinał dekoracje w świetlicy, mama szykowała poczęstunek, cały oddział tym żył. O wyznaczonej godzinie przyszli goście – cała klasa dziewczynki z czasów przed chorobą. I akurat wtedy Weronika tak źle się poczuła, że w ogóle nie dała rady zejść. Jak wracałam tamtego dnia do domu, ryczałam jak wół.

A Weronika dzisiaj jest zdrowa. Gdy już opuściła szpital, mama zabrała ją do opery. W pewnym momencie muzycy ogłosili ze sceny, że jest tu dziewczynka, która nie miała imprezy urodzinowej. I zaśpiewali dla Weroniki „Sto lat". Jej mama to załatwiła.

K.P.-P.: Jak tu jestem od 17 lat, nie spotkałam jeszcze u chorego dziecka takiej totalnej depresji, nie do ruszenia. Może dlatego, że tu jest taka atmosfera, żeby być razem? Cały czas pracujemy na to, żeby była otwartość na każdego człowieka i wszystkie jego emocje…

Jeśli leczenie nie przynosi oczekiwanych rezultatów i jest źle, wolontariusz zostaje przy dziecku?

A.SZ.: Nie. Wolontariusze są po to, by aktywizować dzieci do zabawy, nauki, twórczości, wtedy, kiedy one mają na to siłę i ochotę. Na ostatnim etapie do dyspozycji chorych, a także ich rodziców, pozostają pracownicy naszej fundacji – psycholog, jeśli trzeba – psychiatra.

Są na oddziale dzieci, przy których rodzice nie siedzą non stop?

A.SZ.: Bardzo rzadko. Ale choroba demokratycznie wybiera ze wszystkich warstw społecznych i środowisk. Mieliśmy też dzieci z domu dziecka. Jeśli jest taka sytuacja, że rodzica nie ma, ustalamy w fundacji dyżury na zakładkę, tak że zawsze ktoś przy pacjencie jest.

K.P.-P.: Bywa i tak, że to chore dziecko przejmuje odpowiedzialność za stan emocjonalny całej rodziny. Kompletnie odwrócona sytuacja, nie do uniesienia dla młodego człowieka. Była u nas taka pacjentka, nazwijmy ją Karolina. To ona rodziców i rodzeństwo pocieszała, trzymała w ryzach. A kiedy nikt nie widział, szła do toalety i żeby rozładować stres, cięła żyletką ręce, nogi. Po kilku miesiącach pokazała mi, co się dzieje.

Karolina dziś jest już dorosła. Jej organizm pokonał nowotwór, przez lata przepracowała też problemy psychiczne, teraz dobrze sobie radzi.

Wolontariusze potrzebni są też rodzicom, prawda?

A.SZ.: Leczenie onkologiczne trwa przeciętnie od pół roku do dwóch lat. Ile czasu można spędzić z rodzicami, nawet najwspanialszymi? A już zwłaszcza jak jest się nastolatkiem. Z punktu widzenia rodzica przyjście wolontariusza to możliwość złapania chwili dla siebie. Wie pani, za co są wdzięczne matki na oddziale? Mówią: „Dziękuję, że pani przyszła, bo umyłam włosy", „Wypiłam kawę." Mamę Weroniki, policjantkę, trzymało to, że codziennie szła na godzinę biegać. Tak organizowaliśmy czas, żeby mogła to zrobić.

K.P.-P.: Czasem matkom łatwiej otworzyć się przed obcą osobą, bo nie ma między nami zależności. „Miałam walizki z pieniędzmi, miałam bogatego męża. Na co mi teraz to wszystko? Teraz mam tylko jedno – chore dziecko!" – wykrzyczała mi pod szpitalem

młoda, elegancka kobieta. Czasem potrzebujemy kogoś, żeby móc mu się wykrzyczeć. Marzy mi się, żeby wolontariat był modny.

Tekst ukazał się w „Wyborczej" we wrześniu 2020 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

„Ciesz się życiem" – mówi lekarz, a ja nie wiem, co robić

Chcielibyśmy pogadać o czymkolwiek: odcinku serialu, nowej fryzurze Krysi, normalnym życiu, pójść do kina między cyklami chemii, wyjechać nad morze. Świat nie kręci się wokół choroby, a jak się kręci, to kiedy zdrowiejemy, nie wiemy, co zrobić z życiem bez tej ciągłej walki.

ALEKSANDRA ZBROJA

Fot. Shutterstock (zdjęcie ilustracyjne)

Przyjaciółka powiedziała mi: „Aniu, jak ty będziesz rzygała po chemii, to ja ci będę włosy trzymać", a ja: „Jakie włosy?".

Sylwia: Obieram ziemniaki i nagle mama wybucha: „Dziecko, jak ty umrzesz, to to wszystko się zawali!".

Ania L.: Jestem na onkologii, dzwoni teściowa: „I co? Jeszcze nie wiadomo? Jezu, niech oni to wreszcie zaczną w tobie zabijać!".

Małgosia: Moja siedmiolatka: „Mamo, czy umrzesz?". Powiedziałam: „Zuziu, nie wiem, ale zrobię wszystko, żebym mogła być babcią". Z dzieckiem trzeba być szczerym.

Aneta: Moi przyjaciele wyrzucają mi, że obciążyłam dzieci. A ja sądzę, że nie można kłamać. Dzieci wiedzą, co się dzieje. Wyczuwają. Boją się. Córka miała dziesięć lat, syn – siedem. Musiały się nauczyć żyć beze mnie. Ze wszystkim latały do taty. To bolało. Gdy wróciłam do domu, czułam się jak powietrze…

Ania Z.: Kiedy mąż usłyszał, że mam raka, powiedział: „To będziemy się leczyć". Musiałam nieoczekiwanie jechać do szpitala w weekend majowy. Powiedziałam, że nie ma potrzeby, żeby przyjechał. Do dziś mi przykro, że posłuchał.

Ania L.: Ja też mam z tyłu głowy pretensje do męża, że nigdy ze mną nie pojechał na chemię. Ja rozumiem, że on był przerażony, ale oczekiwałam większego zaangażowania. Chciał pomagać, ale to były błahostki: zrobię ci dzbanek napoju, żebyś dużo piła po chemii, ugotuję, posprzątam. A ja chciałam, żeby mnie poprowadził za rękę, zaopiekował. Po wszystkim wykrzyczałam mu to po pijaku. Żałuję, bo wiem, że bardzo przeżył moją chorobę, tylko nie wiedział, co robić.

Aneta: Mąż odnowił pięknie mieszkanie na mój powrót ze szpitala. Nie było mnie w nim pół roku. Dzieci zrobiły karteczki „Witamy w domu", ale to nie był ten dom, za którym tęskniłam. Otwieram szafkę, by wziąć obrus, a tam ręczniki. Tak samo z moimi ubraniami – wszystkie poprzekładane na inną półkę. Czułam się obco, choć wiem, że oni zrobili to z miłości.

Sylwia: Kiedy już było po wszystkim, moje dziecko w piątej klasie uciekło z domu. Tak to się w nim skumulowało. Dziewczynka, która miała czerwony pasek i była jedną z grzeczniejszych, zaczęła mieć problemy z nauką i uwagi za aroganckie zachowanie. Ostatecznie sobie poradziłyśmy. Po roku wróciła do formy.

Aneta: Nasze dzieci też się napatrzyły. Ja najgorszy czas przeleżałam w szpitalu, ale u moich koleżanek było tak: mama w domu po chemii traci przytomność, jest zarzygana, ojciec nie wie, co robić. Wszyscy się boją, że coś się zaraz stanie.

• • •

Przyszło osiem osób. Wyżalić się, popłakać, pośmiać. Pogadać o czymś, czego ich bliscy nie rozumieją. Na grupie wsparcia wystarczy, że na siebie spojrzą, i już wiedzą.

Pięknie wyglądasz

Aneta, chłoniak śródpiersia, w remisji od 2017 roku: Kiedy lekarz powiedział: „Jest remisja, proszę cieszyć się życiem", wróciłam do domu i płakałam. Ale nie z radości. Nie wiedziałam, jak po tym wszystkim żyć. Po raku. Myślałam, że jak przetrwam, będzie super jak kiedyś. Ale to, co super, nie wraca. Musiałam się mierzyć z tym, że w domu nie ma lekarza i pielęgniarek na zawołanie, gdy coś się nagle stanie. Żałowałam, że wyszłam z oddziału – on się stał moim domem. Chyba najtrudniejsze jest odnalezienie się w tej codzienności. Nie miałam siły wstać z łóżka. Jak słyszałam, że ludzie się beztrosko śmieją, miałam odruch płaczu. Dla nich świat się nie zatrzymał. Mówili: „Jak wspaniale, że jesteś już zdrowa, jak super wyglądasz!". To, że się umalowałam, było wyznacznikiem, że już wszystko jest w porządku.

Małgosia, dwukrotnie rak piersi, w remisji od 2011 roku: Straciłam węzły chłonne, przez co mam niesprawne ręce. Poszłam się starać o niepełnosprawność. Ubrałam się jak zawsze – jak kobieta. Umalowałam, uczesałam. „No, pięknie pani wygląda" – powiedział doktor w komisji. I nie przyznał mi orzeczenia o

niepełnosprawności. Moja doktor kazała mi iść z odwołaniem. Poszłam nieumalowana, ze spuszczoną głową, zbolała. Dostałam orzeczenie. Czy osoba po raku nie ma prawa dobrze wyglądać?

Sylwia, guz między mięśniami w pośladku, w remisji od 2013 roku: Kiedy po wszystkim przestałam chodzić o kulach, kiedy włożyłam pierwsze szpilki, których miałam nigdy nie włożyć, zamiast tańczyć, śpiewać i pić wino, trafiłam do psychiatry. Moja głowa powiedziała: „Mam dość". Moim znajomym trudno było uwierzyć w to, że długotrwały stres wywołał u mnie tak silną reakcję.

Ania L., rak piersi, w remisji od 2017 roku: Bo nagle wszystko się kończy, człowiek zostaje sam w domu, wyniszczony. I nie wie, co teraz. Wszyscy przechodzą nad tym, co się stało, do porządku dziennego. „O co ci chodzi? – pytają. – Przecież jesteś już zdrowa!". A może zwyczajnie chcą zapomnieć.

Sylwia: A ty dalej się borykasz z tym, że jak za trzy dni ma spaść deszcz, to ciebie łamie – po leczeniu na zmianę pogody boli, człowiek puchnie.

Kama, mięsak klatki piersiowej, w remisji od 2017 roku: Z drugiej strony dziwią się, jeśli faktycznie wracasz do „normalności". Po ostatnim cyklu chemii pojechałam na wakacje do Portugalii. „Jak to, już lecisz? – słyszałam. – Lekarz ci pozwolił?". Jakby to lekarz miał mi już zawsze układać życie.

Kamila: Kiedy kładłam się na pierwszy cykl pięciu chemii, byłyśmy cztery w sali. Każda z dziewczyn kolejno odchodziła. One miały dzieci, mężów. Zostałam tylko ja… Potem leżałam na oddziale, gdzie były prawie same młode osoby. To zostaje w tobie na zawsze.

Nie tak zdrowe

Ela, rak jelita, potem rak piersi, w remisji od 2016 roku: Lekarz powiedział: „Jest czysto", ale na badania chodzę z takim stresem, że może znowu coś tam jest.

Sylwia: To swego rodzaju naznaczenie.

Ania L.: Każda wizyta u lekarza to jest trochę czekanie na wyrok. Nie znam dnia ani godziny.

Małgosia: Wiecie, co wtedy możecie sobie powiedzieć? Dziś jestem zdrowa. Nie powiem, że nigdy nie zachoruję, bo tego nie wie nikt. Dzisiaj jest okej.

Ania L.: Właśnie złamałam rękę – przy hormonoterapii wzrasta ryzyko osteoporozy o 80 procent.

Agata, rak piersi, zdrowa od 2016 roku: Ja podczas rehabilitacji złamałam żebro, bo radioterapia osłabiła mi strukturę układu kostnego klatki piersiowej.

Sylwia: Rehabilitacja na początku jest trudna. Zanim przekroczysz drzwi szpitala, zatrzymujesz się na chwilę, żeby głęboko nabrać powietrza. Wiesz, że idziesz po lepsze jutro, ale wciąż bierzesz ten głęboki wdech.

Kama: Pomyśleć, że kiedyś chcieliśmy kupić mieszkanie w okolicach centrum onkologii.

Sylwia: Co za pomysł!

Agata: W głowie siedzi, że człowiek nie jest do końca zdrowy. Lekarze też są wobec nas bardziej czujni. Miałam podejrzenie o

przerzut. Okulista dostrzegł jakąś zmianę na oku, wysłał mnie z Warszawy do Krakowa na konsultację. W drodze odliczałam każdą sekundę, dobrze, że jechał ze mną mąż.

Aneta: Mój endokrynolog wszystko chce konsultować z onkologiem, a onkolog mówi: „Pani Aneto, już dość! Leczę tylko pani chłoniaka". Musiałam też zmienić lekarza pierwszego kontaktu. Przy każdym przeziębieniu mówił: „To chyba przerzuty".

Sylwia: Idę do lekarza, bo mam katar czy coś, a on: „A pokaże mi pani to?".

Nic za darmo

Ania L.: Pierś miałam pod pachą, bolało, nie mogłam spać na boku. W końcu trafiłam do dobrego lekarza, ale on nie mógł tego poprawić na fundusz. Musiałam zapłacić 20 tysięcy za operację, którą lekarz na NFZ zwyczajnie spaprał. Życie po raku dużo mnie kosztuje. Ciało jest zdewastowane po chemii i radioterapii. Jakbym chciała się doprowadzić do porządku, musiałabym wydać kilkadziesiąt tysięcy złotych. Tak się mówi, że wszystko jest za darmo. Rehabilitacja, uruchomienie blizn, które przyrastają do tkanek, przepływ chłonki – za to wszystko płacimy z własnej kieszeni.

Agata: Płacimy za suplementy diety: na odporność, kości, stawy, aby zapobiec przerzutom oraz wzmocnić organizm po leczeniu.

Sylwia: Centrum onkologii zapewnia rehabilitację, ale to absolutnie nie wystarcza. Do końca życia muszę ćwiczyć, żeby móc normalnie chodzić.

Ania Z., rak piersi, w remisji od 2016 roku: A mi po leczeniu lecą stawy. Za masaż płaci się od 150 do 200 złotych. Dodatkowo mam wgłębienie w piersi. Poszłam na konsultację, lekarz powiedział, że sprawę załatwi liposukcja. Kosztuje 6 tysięcy. Nie mam kasy, żeby ją zrobić, więc chodzę z tą dziurą o tu, w dekolcie.

Spojrzenia

Ania L.: Zdiagnozowali mnie na 40. urodziny, a na święta Bożego Narodzenia usunięto mi pierś. Rekonstrukcja nie była refundowana. Odmówiono mi też zrobienia mastektomii profilaktycznej drugiej piersi, która była bardzo duża – miałam zostać z dużą piersią. Jedną. Dobiła mnie jeszcze hormonoterapia. Przez nią my, kobiety po raku, zmagamy się z menopauzą w wieku 20, 30 czy 40 lat. Po leczeniu było tak, jakbym się wystrzeliła 15 lat do przodu.

Małgosia: Słyszymy słowa: „Ciesz się, że żyjesz, jesteś zdrowa", ale nikt nie wchodzi z tobą do łazienki, kiedy się rozbierasz. Tu są blizny, tam zgrubienia. Ślady po naświetlaniach przypominają, że byłaś chora. Masz piękne, zrekonstruowane piersi, ale te piersi to nie są twoje piersi.

Ania L.: Doczepione.

Ania Z.: To jest jednak obce ciało.

Sylwia: W łazience przed lustrem choroba cię znowu dopada.

Ela: Ja wzrokiem uciekam.

Aneta: Dochodzi do tego, że z nostalgią wspominasz czasy, kiedy leżałaś w szpitalu i nikt cię nie oglądał.

Nieznajomi, znajomi

Małgosia: Kiedy jesteś chora, może powstać pomiędzy tobą a bliskimi mur. Ktoś ci oferuje spacer? Wybuchasz, że jak można teraz proponować takie głupoty. Jesteśmy kupką chrustu, łatwo się zapalamy. Dym potem zostaje.

Ania L.: Wiecie, to są takie rzeczy, o których oni nie mają pojęcia. Pamiętam taką rozmowę: przyjaciółka w końcu odważyła się do mnie zadzwonić. Mówi: „Aniu, jak ty będziesz rzygała po chemii, to ja ci będę włosy trzymać", a ja: „Jakie włosy?". Dziś się z tego śmiejemy.

Kamila: Dowiadujesz się w trakcie choroby, komu zależy. Kilkoro przyjaciół, o których myślałam, że zawsze mogę na nich liczyć, przestało się odzywać i odpowiadać na wiadomości, kiedy rozchodziły się wieści o chorobie. Koledzy z pracy nie potrafili rozmawiać ze mną o tym, przez co przechodzę, gdy nie ma mnie w biurze. Trudno teraz o tym mówić – nie chcesz się zastanawiać nad relacjami, które okazały się mniej ważne, niż się wydawało. Z drugiej strony inny kolega powiedział mi, że cała jego rodzina się za mnie modli. I chociaż jestem niewierząca, wzruszyłam się.

Ania L.: Trudno zapomnieć o pewnych sprawach. Miałam takich znajomych, z którymi w trakcie leczenia pojechałam na wakacje. Byłam łysa, ale w sumie nie wyglądałam źle: kolorowe kolczyki, jakaś fajna czapka. Wysiadam z auta i nagle w ich oczach widzę trupa. Ta znajomość z innych powodów nie przetrwała, ale tego nie potrafię zapomnieć.

Małgosia: Gdy człowiek choruje, często milkną telefony. A my chcielibyśmy pogadać o czymkolwiek: odcinku serialu, nowej

fryzurze Krysi, normalnym życiu, pójść do kina między cyklami chemii, wyjechać nad morze. Świat nie kręci się wokół choroby, a jak się kręci, to kiedy zdrowiejemy, nie wiemy, co zrobić z życiem bez tej ciągłej walki.

W pracy szybciej się męczymy

Agata: A mi się relacje z ludźmi bardzo poprawiły. Stałam się odważna i decyzyjna. Pracuję w szkole. O chorobie powiedziałam od razu. I rodzicom, i dzieciom, że słuchajcie, chwilę mnie nie będzie. Kiedy wróciłam, było super. Mogłam nawet pojechać do sanatorium w trakcie roku szkolnego. A potem dostałam awans. Chociaż dyrektor, który mi go zaproponował, chyba nie wiedział o chorobie. Może inaczej by spojrzał?

Ela: Szybko wróciłam do pracy, bo praca reguluje życie. Od współpracowników zamiast: „Fajnie, że jesteś", usłyszałam, że zbyt szybko wróciłam, że to pewnie nieprawda, że miałam raka. Rak to jest coś, co się powinno zamknąć w domu i opłakiwać.

Kama: Dostałam likwidację stanowiska pracy. Załamka. Ale potem powiedziałam sobie: „Trudno", muszę od tego wszystkiego odpocząć. I świadomie zrobiłam sobie rok przerwy. Kiedy ponownie zaczęłam szukać pracy, pytano mnie o historię zatrudnienia. Nie chciałam opowiadać, że straciłam poprzednią, bo miałam raka.

Sylwia: Byłam tylko dwa tygodnie na zwolnieniu. Całą chorobę pracowałam zdalnie z domu. Wyrabiałam pełne godziny pracy. Miałam superpracodawcę, dostosował się do moich potrzeb. No, ale firma przeprowadziła się do innego miasta, kiedy jeszcze chodziłam na szpitalną rehabilitację. Po tych wszystkich przemianach, z

tabletkami od psychiatry, uskrzydlona, musiałam poszukać nowej roboty. Takie sytuacje wgniatają w podłogę: masz kredyt, dzieci, zobowiązania, ale brak sił, żeby wstać z łóżka. I tu nagle się okazuje, że jeszcze straciłaś pracę.

Ania Z.: Wiedziałam, że będzie powrót. Do korporacji wróciłam półtora roku po chorobie. Nie chciałam jednak obejmować tego samego stanowiska, chciałam coś lżejszego. Nie udało się. Mój siedmiogodzinny dzień pracy związany z orzeczeniem o niepełnosprawności też nie wszystkim się podoba.

Małgosia: To częste – współpracownicy nie rozumieją, jak wielu z nas nie ma tylu sił, co przed chorobą, szybciej się męczymy, nie możemy dźwigać. Przecież ładnie wyglądamy, jesteśmy zadbani… na pewno ściemniamy, wykorzystujemy to, że byliśmy chorzy.

Aneta: Pracowałam na stosunkowo wysokim stanowisku, a po chorobie nie chciałam tej pozycji. Interesowały mnie nie wyzwania zawodowe, tylko stabilizacja. Współpracownicy pytali: „Co, zdegradowali cię?". A ja mówię, że nie, że sama chciałam. Teraz gadają, że jestem uprzywilejowana. Są jednak takie iskierki, osoby, dzięki którym dostałam miejsce parkingowe przy wejściu, które nie oceniają. To daje nadzieję.

Po co ta grupa?

Kamila: Psychiatra przepisywała mi tylko leki. Pojawiała się raz na parę tygodni na oddziale. Na nic innego nie miała czasu.

Małgosia: Jako pacjentka chciałam porozmawiać, ale odbiłam się od drzwi. Musiałam szukać pomocy prywatnie. Miałam 34 lata i od psychoonkologa usłyszałam litanię rzeczy, których od teraz nie

mogłam robić. Że rower nie, że narty nie, że dźwigać nie. Po wizycie pomyślałam: czy ja mam po tym raku umierać? Dziś wiem, że wiele z tych rzeczy można dostosować do potrzeb ciała nadwerężonego terapią, że mogę niemal wszystko. Jako psychoonkolog powiem tylko, że system niedomaga. Ostatnio chorej na raka kobiecie w ciąży powiedziano, że psycholog do niej przyjdzie, ale dopiero za miesiąc. Wsiadłam w pociąg i pojechałam, ale mam ten komfort, że pracuję w fundacji, nie jestem związana z NFZ. Takich osób jak ja jest niewiele, kropla w morzu potrzeb.

Ania Z.: Ale amazonki robią dobrą robotę: przychodzą do szpitala, oferują pomoc.

Agata: Dziś jestem silniejsza. Mało co jest mnie w stanie wyprowadzić z równowagi.

Sylwia: Jak już przez to przejdziesz, jakość życia się zmienia. Życie po raku nie cierpi bylejakości.

Ania L.: Jest coś takiego: najpierw masz diagnozę, boisz się, nie wiesz, czy przeżyjesz, potem wchodzisz w tryb zadaniowy, od chemii do chemii, następnie koniec leczenia, ale zamiast euforii jest zjazd, czyli to, o czym rozmawiamy. Wchodzą leki i psychiatrzy. Dopiero po jakimś czasie, kiedy się na nowo poukładasz w życiu i w głowie, zaczyna się robić coraz lepiej. Przynajmniej tak było u mnie.

Małgosia: W trakcie leczenia jesteśmy napompowani energią. A potem powietrze z nas schodzi. Na końcu człowiek jest jak sflaczały balonik, który nie napełnił się radością życia. Jeszcze. Dajmy sobie czas. Społeczeństwo od nas oczekuje, że poczujemy się super od razu. My nie chcemy od razu chodzić w tej masce uśmiechu, chcemy sobie popłakać, wykrzyczeć się, przekląć. Po to ta grupa. My się

rozumiemy. Jedna z naszych dziewczyn dowiedziała się od ginekologa, że jej jajniki już nie pracują – to niestety się zdarza w leczeniu onkologicznym – jej świat się zawalił. Rodzina mówiła: „Ale zobacz, żyjesz". My, ludzie z doświadczeniem raka, nie cierpimy tych słów. Wzięliśmy na klatę jej łzy. Zrozumieliśmy jej rozpacz. A potem urodził się Adaś. Dziecko cud. Dziecko naszej grupy.

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w styczniu 2020 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Kobiety wychodzą z płaczem od ginekologów

Słowa, które kojarzą się im z kobiecością? Ból i wstyd. Najpierw dziewczynki słyszą, że miesiączka boli. Potem, że badanie ginekologiczne boli. Opowiadania o pierwszym razie brzmią jak opisy rzezi. Często też nie chodzą do ginekologa, bo mają brzydki brzuch albo wstydzą się cellulitu.

IGA DZIECIUCHOWICZ

Fot. Jakub Włodek/Agencja Wyborcza.pl
Agata Kołodziejczyk i Karolina Ochała z fundacji Go Healthy Girl.

IGA DZIECIUCHOWICZ: Nie badam się, bo się wstydzę. Od wielu kobiet to słyszycie?

AGATA KOŁODZIEJCZYK*: Pracując w Go Healthy Girl, zetknęłam się z wieloma takimi kobietami. Żyją w niewypowiedzianym poczuciu wstydu. Ze wstydu nie chodzą do lekarza, nie badają się.

Jakoś to tłumaczą?

AGATA: Uważają, że miejsca intymne można pokazać tylko mężowi po ślubie. Nie wiedzą, jak wyglądają ich narządy rodne, bo nie

odważają się wziąć lusterka, by tam zajrzeć. Nie dotykają swoich piersi. Mają powierzchowną wiedzę na temat seksualności, w ogóle ją wypierają. To często osoby religijne – zresztą nie tylko katoliczki – ich zachowania seksualne, ale nawet zdrowotne, blokuje religijność.

A co w ogóle o swojej anatomii wiedzą Polki – młode, wykształcone, czasem już na stanowiskach?

KAROLINA OCHAŁA*: Niestety często również niewiele. Studentki dziwią się, że są wargi sromowe większe i mniejsze. Nie wiedzą, że badanie cytologiczne trzeba powtarzać co roku. Nie wykonują samobadania piersi. Nie chodzą do lekarzy. To wszystko wynika z naszych ankiet, które po każdych zajęciach przeprowadzamy – anonimowo – wśród uczestniczek warsztatów. Na pierwszych szkoleniach zaczynałyśmy od tematu profilaktyki onkologicznej. Okazało się, że musimy tłumaczyć, dlaczego w ogóle trzeba się badać. Że możemy być zakażone wirusem HPV, który podnosi ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Że trzeba badania powtarzać, bo nie zawsze wynik jest miarodajny. Dlaczego? Bo patyczek z wypustkami lepiej zbierze materiał do badania, ale wciąż zdarza się, że lekarze stosują płaski. Z kolei kobiety z korporacji mają świadomość znaczenia podstawowych badań. U nich większym problemem jest stres, sfera erotyczna czy kłopoty z zajściem w ciążę. Ale głód wiedzy u wszystkich jest ogromny. Nasze zajęcia trwają czasem sześć godzin, bo dziewczyny mają setki pytań i nie chcą wyjść z auli.

Dlaczego zajęłyście się tematem zdrowia intymnego? Są lekarze, książki, internet. To za mało?

KAROLINA: Kampania to wynik moich osobistych doświadczeń. Mam 32 lata. Badam się regularnie co rok. Dwa lata temu lekarz

stwierdził u mnie dysplazję, a więc stan przedrakowy szyjki macicy spowodowany wirusem HPV. Zakażoną tkankę trzeba było wyciąć. Wirus HPV rozwija się bardzo długo, około 7-10 lat. Zazwyczaj lekarz może zauważyć zmiany w początkowym stadium. U mnie wirus doprowadził do choroby bardzo szybko, w ciągu niecałego roku, co świadczy o tym, że miałam obniżoną odporność. Zastanawialiśmy się z lekarzem dlaczego. Nie mam nałogów, ale wyszło na to, że żyłam w stresie. Pracowałam wtedy w dziale marketingu w krakowskiej agencji Bee on Tree. Z wykształcenia jestem prawniczką, ale to reklama jest moją pasją. Byłam skupiona na projektach i kampaniach. Nie dojadałam, mało spałam. Umówiłam się na zabieg i powiedziałam w pracy przełożonym i koleżankom, że choruję.

To chyba rzadkość.

KAROLINA: Nie wstydziłam się. W mojej rodzinie swobodnie rozmawia się o intymności, seksie i zdrowiu. Obie babcie to pielęgniarki. Kuzynka, która ma 27 lat, ciężko zachorowała i jest po mastektomii. Mój dziadek też długo chorował na raka. Temat chorób onkologicznych był dla mnie codziennością. Gdy powiedziałam o mojej sytuacji w pracy, koleżanki zaczęły opowiadać o swoich problemach ze zdrowiem intymnym i doświadczeniach z ginekologami.

Było coś zaskakującego w tych opowieściach?

KAROLINA: Wiele dziewczyn mówiło, że są tak skupione na pracy, że w jej trakcie nie jedzą i nawet nie chodzą do toalety. Wśród młodych kobiet w korporacjach panuje silny pracoholizm, po prostu nie myślimy o sobie. Okazało się, że jedna z koleżanek cierpi na wypalenie zawodowe, kilka razy z powodu stresu w pracy poroniła.

Inna też miała kłopoty z zajściem w ciążę, kolejna czuła ból przy każdym stosunku. Z jednej strony cieszymy się, że mamy pełne pakiety medyczne, a z drugiej odwlekamy badania i nigdy nie ma na nie czasu. Kupujemy zdrowe jedzenie, naturalne specyfiki, ćwiczymy z Chodakowską, ale kwestie związane ze zdrowiem intymnym są wciąż tematem tabu.

Jak to się stało, że pracujecie w duecie?

AGATA: Z Karoliną poznałyśmy się właśnie w tym dziale marketingu. Bardzo przejęłam się tym, że czeka ją poważny zabieg, dużo rozmawiałyśmy. Mam 27 lat i też wiele wiem o różnych schorzeniach. Mój tata ciężko chorował, od dwóch lat nie wstaje z łóżka. Choroba Karoliny nas zbliżyła i odsłoniła poważny problem: młode dziewczyny są zagubione i nie wiedzą, jak zadbać o swoje zdrowie. Nasza wiedza jest bardzo fragmentaryczna. Mało wiemy o HPV i profilaktyce onkologicznej. Powtarzamy różne stereotypy. W internecie jest tyle samo absurdów, ile rzetelnej wiedzy. Jak to oddzielić? Czytamy książki, ale brakuje szczerej rozmowy z kimś wiarygodnym, kto nie będzie oceniał, nie wyśmieje. Lekarze to osobny temat. Moim zdaniem kwestia podejścia ginekologów do pacjentek wciąż wymaga reformy.

Wiele kobiet mówi, że woli dentystę bez znieczulenia niż wizytę u „gina".

KAROLINA: Wcale mnie to nie dziwi. Z naszych badań wynika, że ponad połowa ankietowanych kobiet miała przykre albo wręcz traumatyczne doświadczenia z lekarzami tej specjalności.

Mnie ginekolog tuż po badaniu zaprosił na randkę. Byłam wtedy studentką pierwszego roku i myślałam, że zapadnę się pod ziemię.

Dziś zgłosiłabym takie zachowanie do izby lekarskiej. Wtedy zrezygnowałam z wizyt na długi czas.

AGATA: Złe doświadczenia z lekarzami i strach przed nimi to częsty powód niewykonywania badań kontrolnych, odwlekania wizyt w nieskończoność. Młodym dziewczynom nikt nie mówi, jak przygotować się do badania. Że dobrze założyć spódnicę, pamiętać datę ostatniej miesiączki. Słuchamy naprawdę bardzo smutnych opowieści, że lekarze w sposób arogancki komentują ich wygląd, są protekcjonalni, szydzą, bywają seksistowscy. Moja ciocia leżała ostatnio na oddziale ginekologicznym. Na łóżku obok była pacjentka po siedemdziesiątce. Lekarka głośno, na całą salę, upominała ją, że jest niewydepilowana i „jak ona ma w tych krzakach narzędziami dłubać"!

KAROLINA: Zdarzają się uwagi po prostu obraźliwe. Gdy jedna ze słuchaczek poprosiła o powtórne badanie cytologiczne, lekarz z pretensją zapytał ją, ilu ma partnerów, że ciągle tę cytologię chce robić. Są też lekarze, z którymi nie porozmawiamy o antykoncepcji awaryjnej, bo klauzula sumienia.

Przyjaciółka usłyszała od takiego lekarza, że powinna „myśleć głową, a nie dupą".

AGATA: Kobiety z takich wizyt wychodzą z płaczem i długo nie wracają, bo boją się lekarzy, czują się przez nich obwiniane. Kolejny problem to rzadkie wykonywanie badań piersi w gabinetach. Jak pacjentka prosi o skierowanie na USG piersi, lekarze często odradzają i każą wrócić po trzydziestce. Zapisują też środki antykoncepcyjne na chybił trafił, bez żadnego wywiadu. No i są też lekarze uprzedzeni do mniejszości seksualnych. Nie chcą prowadzić

pacjentek, które żyją w związkach z innymi kobietami i pytają o sprawy intymne z tym związane.

Jak to nie chcą prowadzić?

AGATA: Odsyłają do innego lekarza. Na forach dla osób LGBT krążą nazwiska ginekologów, którzy leczą takie pacjentki i nie krzywdzą ich niestosownymi komentarzami.

Z tych opowieści narodził się wam pomysł założenia fundacji i warsztatów Go Healthy Girl skierowanych do młodych kobiet. Kto je prowadzi?

KAROLINA: Seksuolodzy, ginekolodzy i fizjoterapeutki uroginekologiczne. Prowadzimy je na wyższych uczelniach i w firmach.

Może warto zaprosić do takich rozmów nastolatki?

AGATA: To był nasz pierwszy pomysł. Chciałyśmy prowadzić warsztaty dla dziewcząt w szkołach. Przez kilka miesięcy jeździłyśmy po liceach, rozmawiałyśmy z pedagogami szkolnymi, z nastolatkami i ich rodzicami na wywiadówkach. Ale rodzice w większości nie byli zainteresowani. Dyrektorzy szkół też byli oporni, mówili wprost, że obecna władza nie pochwala takich zajęć, a oni nie chcą stracić stanowiska. Nie było ani jednej szkoły, która chciałaby z nami rozmawiać. Ani jednej!

KAROLINA: Zgłosiłyśmy się więc do krakowskich wyższych uczelni, od razu byli zainteresowani. Zajęcia proponujemy też firmom i ich pracownicom. Byłyśmy kilka razy w State Street Bank Polska, w korporacji ABB. Niedawno dwa spotkania prowadziłyśmy w

krakowskiej kawiarni Hevre, były otwarte dla każdej kobiety, bez względu na wiek.

Oczywiście musiałyśmy znaleźć finansowanie dla naszego projektu w zakresie profilaktyki onkologicznej. Jedną z pierwszych firm, która nas wsparła i pomogła w opracowaniu dodatkowych treści dla kobiet z korporacji, była właśnie State Street. To miejsce z wysoką kulturą organizacyjną i projektami wspierającymi kobiety.

Jaki temat najbardziej interesuje dziewczyny w czasie warsztatów?

KAROLINA: Mięśnie dna miednicy. Często nie wiedzą nawet o istnieniu takich mięśni.

AGATA: Ani o tym, jak wielki wpływ mają one na poprawne funkcjonowanie naszego organizmu. Na sto osób dwie wiedzą. Są też zaskoczone, że istnieje taka specjalność jak fizjoterapeutka uroginekologiczna.

Czym się zajmuje taka fizjoterapeutka?

KAROLINA: Pomaga wyleczyć różne „wstydliwe" dolegliwości, takie jak nietrzymanie moczu, bolesne stosunki, opadanie narządów rodnych czy w skrajnych przypadkach wypadanie tych narządów po porodzie. Ginekolodzy zwykle wysyłają pacjentki na zabieg założenia siatki podtrzymującej narządy, a można się bez tego obejść. Fizjoterapeutki uroginekologiczne przygotowują do porodu, badają stan mięśni dna miednicy, opracowują ćwiczenia. Czasem czynią cuda.

Jakie?

AGATA: Nasza fizjoterapeutka pracowała z panią, która miała trzy nieudane próby zapłodnienia in vitro. Na jednym z warsztatów ta

pani podniosła rękę i powiedziała, że jest już w ciąży. Zaszła w nią naturalnie, po trzech miesiącach intensywnej pracy nad mięśniami dna miednicy. Okazało się, że cierpi na przewlekły stres. Mało kto wie, że w mięśniach dna miednicy kumuluje się cały stres kobiety. Jeśli są spięte, mogą utrudnić lub całkowicie zablokować zapłodnienie i poprawne rozwijanie się płodu. Ćwiczenia rozluźniające mięśnie dna miednicy często rozwiązują ten problem. Warto więc skorzystać z takiej pomocy, a potem szukać ewentualnie innych metod.

Czy oprócz anatomii i fizjologii poruszacie jakieś inne tematy?

AGATA: Drugi ważny temat to życie seksualne, które dla wielu słuchaczek dopiero się rozpoczyna.

KAROLINA: Dziewczyny wstydzą się zadawać pytania i zdarza się, że podczas zajęć spisują je na kartkach. Agata, pamiętasz tę dziewczynę, która zapytała o to, czy zawsze musi uprawiać seks ze swoim chłopakiem?

AGATA: Tak, to jedno pytanie wywołało lawinę… Dziewczyny nie wiedzą, że nie muszą się na wszystko zgadzać. Że mogą odmówić seksu lub w ogóle go nie uprawiać – i to też jest OK. Wiele po raz pierwszy usłyszało u nas, czym jest asertywność seksualna. Zaczęły sobie uświadamiać, że są często przez partnerów przymuszane do zbliżeń.

Dużym problemem jest też uzależnienie partnerów od pornografii i przemoc na tle seksualnym. Mężczyźni, wywierając presję, grożą rozstaniem, porównują do innych kobiet, powołują się na sceny i praktyki łóżkowe z filmów pornograficznych. To bardzo przykre historie. Dopiero na naszych zajęciach dziewczyny dowiadują się, że

to są nadużycia. Uświadamiają sobie, że ich życie seksualne jest dla nich źródłem cierpień. Niestety wśród wielu kobiet wciąż panuje myślenie, że sfera seksualna należy do mężczyzn, że to oni dyktują warunki.

O co jeszcze nie chcą pytać publicznie?

KAROLINA: Częstym tematem rozmów prowadzonych indywidualnie po warsztatach jest strach przed bólem.

AGATA: 80 procent kobiet boi się bólu podczas wizyty u lekarza.

KAROLINA: Słowa, które kojarzą się im z kobiecością? Ból i wstyd. Najpierw dziewczynki słyszą, że miesiączka boli. Potem, że badanie ginekologiczne boli. Opowiadania o pierwszym razie brzmią jak opisy rzezi. Dziewczyny mają sporo obaw z tym związanych. Nie wiedzą, czego się spodziewać i jak się przygotować. A potem walczymy ze wstydem.

W ankietach dziewczyny pisały, że nie chodzą do ginekologa, bo mają brzydki brzuch albo wstydzą się cellulitu. Na 340 kobiet prawie wszystkie zaznaczyły w formularzu, że nie akceptują jakiejś części swojego ciała. Sporo odpowiedzi dotyczyło też depresji i zaburzeń psychicznych, które wynikają z problemów z własną seksualnością.

Zdarzają się osoby dotknięte przemocą na tle seksualnym?

KAROLINA: Jest ich niestety całkiem sporo. Niektóre już drugi rok pracują z naszymi specjalistami. Mamy dziewczynę po gwałcie, która przez wiele miesięcy nie dała się nawet dotknąć naszej fizjoterapeutce. Miała silne myśli samobójcze. Takie osoby potrzebują kompleksowej pomocy.

Przychodzą czasem kobiety starsze?

AGATA: Przychodzą kobiety dojrzałe. Zdarza się, że w czasie prelekcji zaczynają zdawać sobie sprawę, że wiele rzeczy w ich życiu seksualnym działo się bez ich zgody. Siedzą skonsternowane. Potem podchodzą do nas i dziękują, są wzruszone. Ostatnio pewna pani zwierzyła się, że czuje się jak rzecz przeznaczona do seksu i rodzenia. Mówiła, że nie odczuwa żadnej przyjemności z życia seksualnego, że jest to dla niej okropne przeżycie. Po warsztatach zdecydowała się skorzystać z pomocy naszych specjalistów. Oferujemy pomoc darmową, wystarczy pobrać wejściówkę. Spotykamy osoby bardzo pokaleczone psychicznie w różnym wieku. Mamy w Polsce wciąż zbyt mało organizacji, które potrafią pomagać w takich przypadkach.

Jakieś pozytywy?

AGATA: Na warsztaty przyszła do nas kiedyś wnuczka, mama i babcia. Pierwsza była mama, bo chciała dowiedzieć się, jak rozmawiać z córką o seksualności. Potem przyprowadziła córkę i swoją mamę. Starsza pani na koniec powiedziała wszystkim, że wciąż jest osobą aktywną seksualnie. Prelekcja skończyła się brawami.

KAROLINA: Wciąż uczymy się empatii. Zwracamy uwagę, by mówić nie tylko o relacjach heteroseksualnych, ale też o związkach jednopłciowych czy problemach osób LGBT. Zawsze mówimy: twój partner lub partnerka. Ostatnio wzruszyła mnie pewna sytuacja. Nasze spotkania są przeznaczone tylko dla kobiet, bo chcemy, by czuły się swobodnie. Nagle do sali weszła transpłciowa kobieta, ale jeszcze przed tranzycją. Usiadła i słuchała całego wykładu z uwagą – o raku piersi, profilaktyce chorób jajników, problemach natury seksualnej. Pomyślałam: witamy cię, jesteś wśród swoich.

*** Agata Kołodziejczyk i Karolina Ochała działają razem w fundacji Go Healthy Girl**

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w kwietniu 2020 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

---

4 tys. na rękę? Pielęgniarki mówią: „mało"

Z mojego roku na Śląskim Uniwersytecie Medycznym tylko kilka osób zamierza pracować w zawodzie pielęgniarki.

EWA WILCZYŃSKA

Fot. Grzegorz Celejewski/Agencja Wyborcza.pl

Średnia wieku pielęgniarek wydłuża się od lat. W 2008 r. wynosiła 44 lata, w 2015 r. – już 50. Obecnie wynosi prawie 54.

Ewa, 22 lata: Pracy jest dużo i nie trzeba jej nawet szukać. Już po licencjacie mieliśmy na uczelni spotkanie z dyrektorami największych wrocławskich szpitali. Zachwalali, kto ma dostęp do technologii, kto przeprowadza nowatorskie operacje. O stawkach nie mówili, ale zapraszali na rozmowy do kadr. Dużo osób się zdecydowało, ja zaczęłam teraz dzienne studia magisterskie, potem jeszcze planuję specjalizację. To dodatkowe płatne kursy. Chcę być instrumentariuszką. Z lepszym wykształceniem można dostać lepiej płatną pracę.

Kilka koleżanek zamierza po szkole wyjechać do Niemiec, Holandii czy krajów skandynawskich, tam zarobki są najwyższe, można dostać nawet kilkanaście tysięcy złotych, ale ja nie wyobrażam sobie, że zostawię rodzinę i znajomych. Zresztą wykładowcy powtarzają nam, że w Polsce jest coraz lepiej, bo brakuje pielęgniarek i szpitale muszą płacić więcej.

Moje studia to trochę spełnienie marzeń babci. Bardzo chciała być pielęgniarką, ale pradziadkowie nie mieli pieniędzy, żeby się uczyła. Pochodzimy z małej wioski na Opolszczyźnie, a w okolicy nie było liceum medycznego.

Studia są bardzo trudne. Na pierwszym roku jesteśmy na uczelni od 8 do 20, na drugim i trzecim prawie cały czas spędzamy na oddziałach, a wieczorem mamy wykłady. Dużo osób się wykruszyło. Albo stwierdzili, że to praca nie dla nich, albo nie zdali. Najwięcej odpadło na anatomii i fizjologii.

Dla mnie najtrudniejsze było, jak zmarła pierwsza pacjentka, którą się opiekowałam. Przypominała mi prababcię, chyba dlatego tak to przeżyłam. Rozmawiałam później z opiekunką roku. Powiedziała, że musimy być empatyczne, ale nie możemy się za bardzo przywiązywać. Na studiach brakuje takich zajęć. Mamy psychologię i pedagogikę, ale nikt nas nie uczy, jak zachowywać się w trudnych sytuacjach. Same musimy to wypracować. Mojej koleżance pacjent powiedział, żeby coś zrobiła, bo on nie chce umierać. Spytała, czy mogłaby mu jakoś w tym momencie pomóc. Chciał jeszcze zobaczyć się z rodziną, księdzem, spisać testament. Takie rzeczy możemy zorganizować. Najczęściej pacjenci jednak chcą wiedzieć więcej o swojej chorobie, leczeniu. Boją się zapytać lekarza albo nie

rozumieją, co do nich powiedział. Dlatego musimy mieć naprawdę dużą wiedzę.

Na bloku operacyjnym tego kontaktu z pacjentami nie ma, ale instrumentariuszka jest prawą ręką chirurga. Obserwowałam kilka operacji i bardzo mi się podobała atmosfera współpracy, że lekarze i pielęgniarki tworzą naprawdę zgrany zespół. I na bloku operacyjnym zarabia się lepiej niż na oddziale.

Widzę, że starsze pielęgniarki są często przemęczone, bo pracują w kilku miejscach. Po 12-godzinnym dyżurze potrafią jeździć karetką, żeby dorobić.

Ale nawet z podwójnymi etatami jest ich za mało. Czasem na nocnym dyżurze pielęgniarka ma pod opieką cały oddział. A to ogromna odpowiedzialność.

Byłam przez tydzień na wymianie w Jenie, w Niemczech. Tam w szpitalu mieli samojeżdżące wózki, które rozwoziły jedzenie i leki, dzięki czemu pielęgniarki miały mniej pracy. A dokumentację pacjenta wypisywały takim długopisem, który od razu przenosił te dane do komputera. My musimy to samo pisać dwa razy. Ale jak studenci z Niemiec przyjechali do nas, byli pod wrażeniem centrum symulacji, w którym mamy zajęcia na uczelni. Jest tam nawet karetka, a manekiny potrafią mówić. Mogliśmy się im pochwalić, że też mamy coś fajnego w tej naszej Polsce.

Aleksandra, 22 lata: Pacjenci potrafią zrobić przedziwne rzeczy. Włożyć rękę do pampersa i kupą wysmarować wszystko wokół. Albo wyrywać sobie wenflony. Pewna pacjentka nie pozwalała, żebym pobierała jej krew. Inna zwyzywała mnie od najgorszych. W tej pracy nie można dać sobie wejść na głowę, czasem trzeba być

pyskatym. Albo trochę pogrozić: jak pacjentka dwa razy opluła mnie w czasie jedzenia, wpisałam w kartę, że nie przyjmuje pożywienia i należy ją karmić sondą.

Ale zawsze po trudnym pacjencie zdarza się taki, który poprawia dzień. Z pierwszych praktyk pamiętam pana Ryszarda. Był po trzecim udarze, nie ruszał się i nie mówił, ale ja wiedziałam, że po drugim jeździł jeszcze na motorze. Przychodziłam do pracy godzinę wcześniej, wychodziłam godzinę później, byleby wszystko przy nim zrobić. I chociaż wiedziałam, że mi nie odpowie, cały czas do niego mówiłam. Ostatniego dnia poprawiałam go jeszcze na łóżku i zapytałam, czy wszystko w porządku. Odpowiedział: „No, gitara". Wtedy po raz pierwszy naprawdę poczułam, że chcę być pielęgniarką.

Wcześniej marzyłam o medycynie, ale się nie dostałam. Myślałam, że postudiuję rok, poprawię maturę i się przeniosę, ale po tych praktykach stwierdziłam, że wolę pracować przy ludziach. Lekarz jest rano na obchodzie, potem przy badaniach, a to my spędzamy z pacjentami 12 godzin dziennie. Lekarze później pytają, czy jakichś objawów u nich nie zauważyłyśmy, czytają nasze diagnozy.

Starszym profesorom zdarza się dalej traktować pielęgniarki z góry: kim jesteśmy, żeby w ogóle się odzywać. To przekonanie z czasów, gdy lekarz był w szpitalu bogiem, a pielęgniarka co najwyżej jego sekretarką od wypisywania papierków albo panią od zmieniania pieluchy. Dziś uczy się nas, że jesteśmy zespołem interdyscyplinarnym, w którym każdy ma obowiązki: lekarz, ratownik, fizjoterapeuta, farmaceuta, pielęgniarka... Dopiero razem możemy się dobrze zaopiekować pacjentem.

Młodzi lekarze zresztą często pytają nas o zdanie, bo wiedzą, że w wielu przypadkach, np. dotyczących dawek leków, wiemy lepiej. My szybciej wchodzimy w ten zawód. Studenci medycyny chodzą tylko za swoimi prowadzącymi jak cienie. A my od drugiego roku wykonujemy już wszystkie czynności na oddziale, a po licencjacie możemy uzyskać prawo wykonywania zawodu. Ja właśnie czekam na dokumenty, pracę w szpitalu już mam. Zaczęłam też studia magisterskie ze zdrowia publicznego, chcę się trochę nauczyć o zarządzaniu w szpitalu, a za rok zamierzam wrócić na magisterkę z pielęgniarstwa. Lubię, jak się dużo dzieje. Dlatego wybrałam kardiologię.

Starsze pielęgniarki przestrzegają, że nie będzie łatwo, bo zarobki są niskie, a praca w systemie dyżurowym potrafi zniszczyć życie rodzinne. To mnie na razie nie martwi, ale o pieniądzach faktycznie dużo rozmawiamy. Nawet nie o konkretnych stawkach, ale żeby zarabiać „dobrze". Wiele osób pod tym kątem szuka pracy. Lepiej zarabia się na anestezjologii, intensywnej terapii. Początkująca pielęgniarka po licencjacie może dostać 4 tysiące na rękę. To dalej za mało. Taka stawka może byłaby w porządku za pracę w przychodni, ale nie w szpitalu, gdzie odpowiedzialność jest dużo większa. I trzeba większej wiedzy.

Niektóre starsze pielęgniarki nam tego wykształcenia zazdroszczą. One kończyły licea medyczne, my jesteśmy po studiach, zagranicznych stażach, kursach. Potrafią być opryskliwe. Wobec nie tylko nas, ale też pacjentów. Niektórym się już nie chce. Szarpną chorego, choć go boli, albo myją tak, że cała sala widzi, choć czynności higieniczne można wykonać dyskretnie, pod przykryciem. Trochę się boję, że też się kiedyś wypalę, stanę się opryskliwa, choć teraz nie potrafię sobie wyobrazić, że miałabym być niemiła dla

pacjentów. Wykładowczyni z geriatrii tłumaczyła, że trzeba traktować innych tak, jak sami chcielibyśmy być traktowani.

Tak czy owak cały czas myślę, żeby po studiach wyjechać za granicę. Nie, nie chodzi o pieniądze, tylko o możliwość poznawania innych krajów.

Elżbieta, 38 lat: Pielęgniarstwo to powołanie, ale z samego powołania się nie utrzyma rodziny. Po licencjacie zaczęłam pracę na pół etatu w szpitalu w Legnicy. Zdziwiłam się, jak dostałam pierwszą wypłatę, ale pomyślałam, że te 2 tysiące złotych są tylko na początek. A okazało się, że to już po podwyżce. W kolejnym miesiącu zaczęłam szukać pracy w Niemczech. Wysłałam CV do czterech firm, wszystkie chciały mnie zatrudnić. Wybrałam pracę w intensywnej opiece nad pacjentem w domu. Chciałam spróbować czegoś innego. W Polsce przewlekle chorzy starsi ludzie leżą miesiącami na oddziałach albo są w zakładach opiekuńczych, w Niemczech wypuszcza się ich z łóżkami, respiratorami i innym potrzebnym sprzętem do domu, gdzie przez całą dobę mają zapewnioną opiekę pielęgniarską. Na koszt państwa oczywiście. Są w swoich pokojach, otoczeni rodziną, odwiedzani przez znajomych. Dba się o ich jakość życia, a nie tylko podtrzymuje przy życiu. W Polsce to jeszcze nie do pomyślenia.

Nostryfikacja dyplomu zajęła mi cztery miesiące. Są firmy, które pomagają załatwić pielęgniarkom formalności, ale ja poradziłam sobie sama. Trzeba przetłumaczyć dokumenty i zdać egzamin z języka na poziomie B2. Do Fuldy jeżdżę trzy, cztery razy w miesiącu na kilka dni, głównie w weekendy. Grafik mam dopasowany do zajęć na studiach, jestem na ostatnim roku magisterki. Nie chciałabym mówić o stawkach, ale to przez pieniądze wyjechałam.

Mam syna z autyzmem, a jego terapia, wszystkie dodatkowe zajęcia kosztują. Wolałabym być cały czas z rodziną, ale co zrobić. Jak mnie nie ma, synem opiekuje się mąż i babcia. Długo o tym rozmawialiśmy, ale uznaliśmy, że nie ma innego wyjścia. Większość moich koleżanek w Niemczech to Polki.

Chciałabym pracować w szpitalu w Legnicy, blisko domu. Ale musiałaby się zmienić sytuacja płacowa. Już nie chcę mówić, ile naprawdę powinnyśmy zarabiać, ale przyzwoite byłoby 5-6 tysięcy złotych na rękę. Ta praca jest bardzo męcząca. Fizycznie, bo cały czas jest się na nogach, a pacjentów nieraz trzeba dźwignąć. Ale przede wszystkim psychicznie. Na co dzień mamy kontakt z bólem, cierpieniem, często śmiercią. Ale nie zamieniłabym tej pracy na żadną inną. Pomaganie ludziom daje niesamowitą satysfakcję.

Pierwsze studia, jakie skończyłam, to było zarządzanie, ale nigdy nie pracowałam w zawodzie. Jeździłam na zarobek do Włoch, Niemiec, głównie kelnerowałam. Pielęgniarstwo zawsze jednak miałam gdzieś z tyłu głowy. To u mnie rodzinne, babcia była pielęgniarką, mama cały czas pracuje w zawodzie. Poziom nauczania pielęgniarstwa w Polsce jest bardzo wysoki. Moja uczelnia, Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, jest świetnie wyposażona. Mamy symulatory, fantomy, dostęp do najnowszych publikacji. Jesteśmy lepiej wykształcone niż nasze koleżanki w Niemczech czy we Włoszech. Mamy zajęcia praktyczne na wszystkich oddziałach, samych godzin praktycznych było na licencjacie ponad 4 tysiące. Dlatego wszyscy chętnie nas zatrudniają. Zresztą w tym zawodzie nie trzeba się martwić o pracę. Pielęgniarki zawsze będą potrzebne.

Patrycja, 22 lata: Pierwszy kontakt z pacjentem to było zupełnie coś innego niż z fantomem. Chory wstydzi się, że ma go myć młoda

dziewczyna, ja jestem skrępowana, bo trzeba go rozebrać. Miałam w sobie też bunt, że nie po to się tyle uczę, by teraz zmieniać pampersy. Zastanawiałam się, czy to praca dla mnie. Bo na pielęgniarstwo poszłam dlatego, że nie dostałam się na medycynę, ale nauki na pierwszym roku było tak dużo, że nie miałam kiedy przygotować się do poprawki z matury.

Dopiero po dwóch miesiącach praktyk wszystko sobie poukładałam w głowie i teraz mam poczucie, że jestem w miejscu, w którym powinnam być. Do robienia toalety przywykłam, człowiek to człowiek, taka nasza fizjologia, nie ma czego się bać czy krępować.

Pracy na oddziale jest bardzo dużo. Czasem pacjent ma pretensję, że pielęgniarka nie była u niego od dwóch godzin, ale w tym czasie musiała zająć się 20 innymi. Mało gdzie spotykałam się z opiekunkami medycznymi, które mogłyby przejąć obowiązki związane z higieną chorego. Brakuje personelu, a czasem też sprzętu. Zdarza się, że cewniki albo rurki tracheostomijne trzeba pożyczać z innych oddziałów.

Co bym jeszcze zmieniła? Pielęgniarki, które pracują już w zawodzie, płacą zwykle za specjalistyczne kursy z własnej kieszeni i robią je w wolnym czasie. Ale przede wszystkim musi nas być więcej. Jak startowałam w rekrutacji na Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, to były cztery osoby na miejsce. Może limity przyjęć powinny być wyższe, w szczególności że po pierwszym roku i tak odpadło 20 procent.

O pracę się nie boję. Większość koleżanek ze studiów zatrudniła się już po licencjacie, ja chcę skończyć magisterkę, zaczęłam właśnie pierwszy rok. Myślę o specjalizacji z anestezjologii albo medycynie estetycznej. Ta branża bardzo szybko się rozwija. Na razie dorabiam

jako stewardesa. To bardziej przygoda, uczę się języków, podróżuję. I też cały czas mam kontakt z ludźmi, nie wyobrażam sobie pracować przy biurku. Chociaż pasażerowie samolotów potrafią być równie opryskliwi jak najtrudniejsi pacjenci.

Oliwia, 21 lat: Po dyżurze ma się kilka kilometrów w nogach, ale w głowie satysfakcję, że się komuś pomogło. Jak pacjent czuje się lepiej, jak podziękuje albo się uśmiechnie, od razu ma się motywację do pracy. Chociaż starsze pielęgniarki często trochę żartem mówią, żebyśmy uciekały, póki możemy. Twierdzą, że za mało się zarabia. Nieraz próbowałam podpytywać, o jakie kwoty chodzi, ale słyszałam tylko, że „za mało". O pieniądzach mówią otwarcie koleżanki ze studiów, które zaczęły już pracę. Po licencjacie dostają 3, a czasem i 4 tysiące na rękę. To wcale nie tak mało jak na początek. Liczyłam, że na mieszkanie, samochód, codzienne wydatki i żeby trochę odłożyć, wystarczyłoby mi 3,5 tysiąca złotych. Wiadomo, później, jak założę rodzinę, przydałby się tysiąc więcej, a 5 tysięcy już w ogóle byłoby idealne.

Ale coś musi być na rzeczy z tymi zarobkami, bo przecież pielęgniarki nie pracują na kilku oddziałach tylko dlatego, że nie mają co robić z wolnym czasem.

Czytałam ostatnio książkę o pracy pielęgniarek i tam też było dużo narzekania na płace, ale żadnych konkretów, jeżeli chodzi o stawki. I jeszcze takie typowe stwierdzenia, że pacjenci i lekarze ich nie szanują, a doba powinna mieć 36 godzin, żeby zdążyć ze wszystkim. Nie doczytałam do końca, nie chciałam się denerwować na zapas. Ale jakbym trafiła na tę książkę wcześniej, chyba nie zdecydowałabym się na ten zawód.

Chciałabym pracować już po licencjacie, najbardziej w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Tam są najtrudniejsze przypadki. Ale z magisterki nie zrezygnuję, a potem planuję jeszcze zrobienie specjalizacji. Kiedyś myślałam o wyjeździe za granicę na praktyki, ale teraz w Polsce też są duże możliwości. Zapisałam się właśnie na dodatkowy płatny staż w centrum hematologii w Katowicach. Za 120 godzin dostanę 2 tysiące złotych.

Z mojego roku na Śląskim Uniwersytecie Medycznym tylko kilka osób zamierza pracować w zawodzie. Nie rozumiem, po co w takim razie kończą te studia. One są naprawdę trudne, ja często uczę się całymi dniami, a potem i tak mam poczucie, że to za mało. Pacjenci potrafią pytać naprawdę o wszystko. Jak nie znam odpowiedzi, to zapisuję sobie te pytania na kartce i w domu się douczam.

Może chodzi o to, że w łatwiejszej pracy można zarobić podobne albo i lepsze pieniądze? Koleżanki w sklepach w galeriach handlowych dostają teraz 23 złote za godzinę na rękę. Ofert dla studentów jest mnóstwo. Też pracowałam dorywczo w wakacje w hali produkcyjnej. Koledzy wołali tam za mną: „Siostro, basen". Ale po pierwsze, żadna ze mnie siostra. Siostry zakonne opiekowały się chorymi po wojnie, teraz naprawdę wystarczy „proszę pani". Chociaż starszych ludzi się takiego mówienia nie oduczy i ja nawet nie mam do nich o to pretensji. Ten basen jest gorszy, bo pielęgniarki robią o wiele więcej. Kiedyś sama miałam w głowie taki stereotyp, że lekarz jest ważniejszy, ale teraz uważam, że to równoważne zawody.

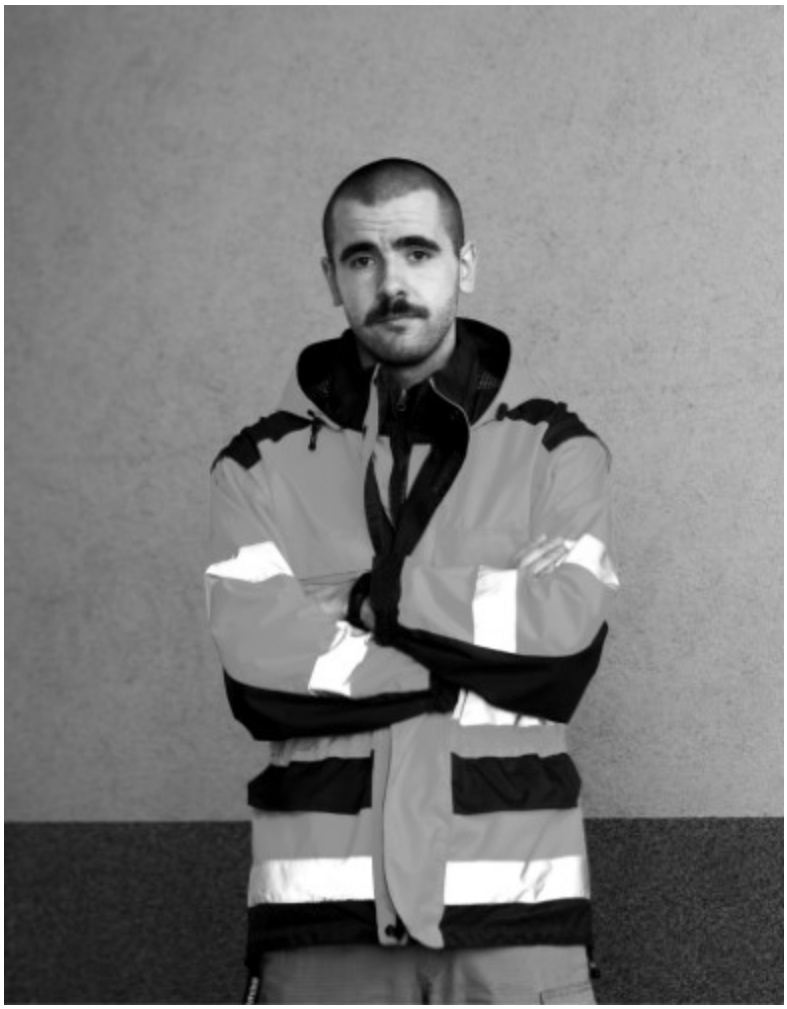
Tekst ukazał się w „Wyborczej" w listopadzie 2019 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Spowiedź ratownika

– Rzuciłem robotę, bo akurat zamknęli we Wrocławiu dwa SOR-y, ale za to przekopujemy Mierzeję Wiślaną, budujemy Centralny Port Lotniczy, odbudowujemy Pałac Saski, i na to są pieniądze. No to niech tam pacjenci umierają. Rozmowa z Janem Świtałą, ratownikiem medycznym.

ANNA KIEDRZYNEK



Fot. Krzysztof Ćwik/Agencja Wyborcza.pl

Jan Świtała pracuje na pół etatu w hospicjum dla dzieci i prowadzi kursy pierwszej pomocy.

ANNA KIEDRZYNEK: Tęsknisz za klaskaniem?

JAN ŚWITAŁA: Nie, nie tęsknię. Tak samo jak nie tęsknię za panią z mojego osiedla, która wiosną 2020 roku w ramach uznania dla medyków wyśpiewywała na ulicy arię operową. Pięknie śpiewała, ale ja wtedy chciałem się tylko wyspać po dyżurze i cholernie mi te jej występy przeszkadzały. A mówiąc poważnie: nie potrzebuję klaskania. Nie potrzebuję też nagłych moralnych wzmożeń, bo potem wahadło i tak bezlitośnie wychyla się w drugą stronę. Kiedy umarł Jan Paweł II, wszyscy zachwycali się zgodą wśród kibiców. Minęło kilka tygodni i znów zaczęli prać się po gębach. Kiedy nam rok temu klaskano, komentowaliśmy to między sobą: nie minie rok, a polecą w naszą stronę kamienie. I co? Mieliśmy rację.

W czerwcu złożyłeś wypowiedzenie z pracy na jednym z wrocławskich SOR-ów. Idzie czwarta fala, gdzie twoje poczucie misji?

– Jeśli komuś wystarczy poczucie misji, niech pracuje. Ja nie mam zamiaru. Kiedy stawiałem w swoim zawodzie pierwsze kroki, uczyłem się, zdobywałem doświadczenie, wtedy słowo „misja" miało jeszcze dla mnie jakąś wartość i nawet te żałosne zarobki aż tak nie przeszkadzały. Jednak czas mija, człowiek zdobywa kolejne umiejętności, a pod względem zarobków i warunków pracy stoi w miejscu. Zaczyna wtedy rozumieć, że nie będzie żadnego „lepiej". Poczucie misji ostatecznie się ulatnia, zostaje niebotyczny stres, praca ponad siły i kompletnie nieadekwatne do kompetencji zarobki.

Przez ostatnie kilka miesięcy pandemii pracowałem w warunkach katastrofy. I tak już zaciskałem zęby bardzo długo.

Jak długo?

– Na SOR-ze pracuję dwa lata, a wcześniej przez trzy lata studiów pracowałem jako sanitariusz. Podczas tych pięciu lat napatrzyłem się na wiele absurdów. Na przykład wykorzystywaliśmy stare monitory, które czasem fałszowały odczyty. Od łóżek odpadały barierki chroniące pacjentów przed upadkiem. Niedziałająca klimatyzacja sprawiała, że leki na oddziałach przechowywano w za wysokich temperaturach. Od kolegów z innych szpitali słyszałem, że wydzielane są igły i rękawiczki. I to na długo przed pandemią.

Do tego notorycznie trafiali do nas pacjenci, którzy wcześniej odbili się od pięciu innych miejsc w mieście i nie uzyskali pomocy. Tak zresztą jest wszędzie w Polsce: SOR-y obrywają za wszystkich. Zamknięto jedyną w mieście porodówkę? Kobiety jadą na SOR. Brakuje miejsc w hospicjum? Człowiek jedzie na SOR. Pamiętam taki przypadek: chory z nieoperacyjnym guzem mózgu, słaniający się na nogach. Gdzie miałem go odesłać? Przyjęliśmy go, dostał leki przeciwbólowe i przeciwwymiotne, pobrano mu krew do badań. Ale potem został odesłany do domu.

Tylko dlaczego akurat teraz postanowiłeś odejść z pracy? Przecież pandemia wyhamowała.

– W maju miałem mieć urlop, pierwszy od początku pandemii, ale go cofnięto, bo wciąż utrzymywała się dość wysoka liczba zakażonych. OK, pomyślałem, wytrzymam. Po czym na forach dla ratowników w internecie pojawiły się wycieki z ministerstwa o tym, że zabierają nam dodatek covidowy, który dostawaliśmy od lutego. Dowiedzieliśmy się o tym pokątnie, bo nikt nie raczył nas

nawet oficjalnie uprzedzić. Dla mnie ten dodatek to był duży zastrzyk kasy – uśredniając, to było około 2 tysięcy miesięcznie. Co przy zarobkach rzędu 3,5 tysiąca na rękę w miesiącu jest sumą niebagatelną.

Zbiegło się to z zamknięciem dwóch SOR-ów we Wrocławiu, gdzie pracowałem. Oznacza to, że jedna czwarta mieszkańców dużego wojewódzkiego miasta w środku Europy ma utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych. I co? I nic. Nikogo to nie obchodzi. Tymczasem na mój SOR zaczęło trafiać więcej pacjentów w stanie ciężkim, którzy powinni być rozłożeni po kilku oddziałach.

A ja doskonale wiem, że jeśli w takich warunkach w wyniku stresu i przemęczenia popełnię błąd, prokurator nie będzie się nade mną litował. Dlatego muszę o siebie zadbać.

Z czego się teraz utrzymujesz?

– Pracuję na pół etatu w hospicjum dla dzieci i prowadzę kursy pierwszej pomocy. Mam jeszcze trochę oszczędności.

A może jednak pospieszyłeś się z wypowiedzeniem? Pod koniec lipca wiceminister Kraska spotkał się z przedstawicielami związku zawodowego ratowników. Podobno jest wola do rozmów.

– Jeśli wiceminister Kraska mówi, że będzie się teraz dopytywał o postulaty środowiska, to sorry, ale ja temu panu nie wierzę. Przypominam: jego szefem, czyli ministrem zdrowia, jest człowiek, który w marcu tego roku, zamiast spotkać się z lekarzami rezydentami na ich zaproszenie, wybrał spotkanie z przedstawicielami Episkopatu. A ostatnio zastanawia się na głos, czy podanie ludziom trzeciej, przypominającej dawki szczepionki będzie

w interesie pacjentów, czy firm farmaceutycznych. Ten człowiek powinien podać się natychmiast do dymisji.

Czas na rozmowy z nimi się skończył, teraz czas na bunt, czyli składanie wypowiedzeń.

Czyli de facto odejście od łóżek pacjentów. Działa na ciebie ten szantaż emocjonalny?

– Już nie. Profesjonalizm wymaga ode mnie udzielania pacjentom świadczeń w sposób bezpieczny dla mnie i dla nich, w zgodzie z najnowszymi standardami. Tego mnie uczono na studiach. Dlatego jeżeli nie jestem w stanie tego zrobić, moim obowiązkiem jest powiedzieć: ja tego dyżuru nie przyjmę. A jeśli odezwą się głosy: „Egoiści, ludzie przez nich umierają", to ja odpowiem: „No umierają, i będą umierać, ale przynajmniej pooglądają sobie TVP, na którą tylko w tym roku PiS przeznaczył z budżetu prawie 2 miliardy złotych". Zobacz: przekopujemy Mierzeję Wiślaną, budujemy Centralny Port Lotniczy, odbudowujemy Pałac Saski, na to są pieniądze – no to niech tam ci pacjenci umierają. Niech władza przewiezie ludzi, którym zamknięto dwa SOR-y w mieście, na te place budowy. Tam jest miejsce. Tylko że to już od dawna nie jest śmieszne, to jest tragiczne.

Co musiałoby się stać, żebyś rozważył powrót do pracy jesienią?

– Jeżeli pojawi się opcja zatrudnienia w szpitalach tymczasowych za dobre pieniądze, to ją rozważę. Pójdę tam, gdzie pojawią się pieniądze. Choć – żeby było jasne – gdyby w tej chwili gdzieś w pobliżu rozbił się śmigłowiec, to pobiegnę tam bez zastanowienia i będę ratować ludzi za darmo. Jednak czwarta fala pandemii to zupełnie inna sytuacja. Przede wszystkim była do uniknięcia, bo wystarczyło się zaszczepić. Do szpitali zaczną zaraz trafiać ludzie,

którzy dziś napadają na moich kolegów, rzucają w nich kamieniami i życzą im śmierci. To oni będą teraz ich pacjentami.

Dlatego na miejscu ministra Niedzielskiego nie liczyłbym na kolejne pospolite ruszenie medyków. Sytuacja z marca 2020 roku, gdy personel medyczny działał w ogromnej większości w imię zasady „wszystkie ręce na pokład", raczej się nie powtórzy. Dziś ludzie mają dość. Czy władza posunie się do tego, żeby próbować zmusić nas do pracy rozporządzeniem, jak wcześniej lekarzy? A co, jeśli odmówię? Przyjdzie policjant i zakuje mnie w kajdanki? Jest i druga możliwość – zamiast podejścia „zmusimy ich" pojawi się opcja „spróbujmy ich przekonać". Tylko że wtedy minister musiałby potraktować ratowników jak ludzi równych sobie. A nie jak niewolników, którymi teraz w praktyce jesteśmy.

Pora, aby rządzący wreszcie to zrozumieli: ratownicy to ludzie ogarnięci. Kto radzi sobie na poletku tak trudnym jak medycyna ratunkowa i stany nagłe, poradzi sobie w każdej innej branży. Być może będzie się trochę nudzić, tęsknić za pracą w szpitalu lub zespole ratownictwa medycznego, ale da radę wszędzie.

Co to znaczy dla ciebie „dobre pieniądze"?

– Od 6 tysięcy na rękę możemy zacząć rozmawiać.

Obawiam się, że to na razie nierealne.

– Myślisz? Ludzi, którzy ukończyli ratownictwo medyczne, jest w Polsce około 25 tysięcy. Nawet jakbyśmy mieli zarabiać po 100 tysięcy złotych rocznie, to oznacza wydatek 2,5 miliarda, wciąż mało w porównaniu z 23 miliardami złotych, które rząd wydał ostatnio na zakup czołgów.

O tym po prostu trzeba mówić. Przełamać tabu. I wystawić się na strzał, bo wiadomo, że w odpowiedzi usłyszymy, że jesteśmy roszczeniowi i w tyłkach nam się poprzewracało.

A jeśli nie 6 tysięcy, to co? Emigrujesz?

– Cały czas się nad tym zastanawiamy z moją dziewczyną. Pewnie gdyby nie pandemia, już by nas tu nie było. Ja ratownikiem mogę być wszędzie, bo w każdym kraju na świecie pacjent jest taki sam. Pozostaje tylko douczenie się języka i poznanie procedur specyficznych dla danego miejsca. O tym, że warto wyjechać, przekonują nas koledzy, którzy już pracują w Anglii albo Norwegii. Czasem narzekają, bo nigdzie nie jest idealnie, ale zgodnie twierdzą, że nigdzie w Europie nie jest tak źle jak w Polsce.

Całe środowisko się buntuje?

– Mogę powiedzieć o tym, co zaobserwowałem i o czym rozmawiamy ze znajomymi przy piwie. Po Facebooku krążą informacje o kolejnych sparaliżowanych SOR-ach: w Białymstoku, Gorzowie Wielkopolskim, Rzeszowie, Bychawie… Ratownicy składają wypowiedzenia lub idą na L4. Czuć napięcie w kolejnych miastach i szpitalach.

Im więcej młodych wchodzi do zawodu, tym bardziej czuć frustrację. Bo uświadamiają sobie, że w takim syfie mogą pracować jeszcze przez kolejne 20-30 lat. Trudno się nie buntować. Oczywiście starsi ratownicy i tak zwani mamlizingi, czyli ci, którzy tłumaczą swoją bierność kredytami i innymi zobowiązaniami, wylewają na nas wiadro pomyj. I pokrzykują, że nic nie wiemy, bo pracujemy w zawodzie od trzech lat, a nie od 20. Ja odpowiadam im: „Człowieku, pracujesz tyle lat, a nikt nie chce cię słuchać! Zastanawiałeś się, dlaczego tak jest?”. Jak ktoś przez dwie dekady albo i dłużej siedział

cicho, to teraz, tuż przed emeryturą, nie będzie się buntował. I OK, ma do tego prawo, ale niech przestanie pouczać tych, którym chce się walczyć.

„Hamulcowi", którzy teraz biorą dyżury za nieobecnych ratowników, nie powstrzymają katastrofy, mogą ją tylko nieco opóźnić. Ona jest nieunikniona. Już teraz widać, że medyków jest za mało, żeby nastąpiła wymiana pokoleń. Najtragiczniejszym przykładem są pielęgniarki. W ostatnim raporcie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych można przeczytać, że do 2030 roku liczba zatrudnionych w tym zawodzie zmniejszy się o ponad 36 tysięcy. Z tego powodu trzeba będzie zamknąć prawie 500 szpitali. Najwięcej jest pielęgniarek w wieku 51-60 lat. Te najmłodsze, czyli przed trzydziestką, stanowią tylko 5 procent wszystkich. 5 procent! Przecież media powinny o tym trąbić na okrągło!

To jest taka cicha, zupełnie niemedialna i mało widowiskowa katastrofa: tu gdzieś zamknie się SOR, za chwilę kolejny, bo ratownicy złożą wypowiedzenia, potem padnie jakaś interna, za chwilę położnictwo… Może gdyby dało się to przedstawić za pomocą takiej efekciarskiej sceny, w której ratownik jako ostatni gasi światło w szpitalu, a potem cała placówka pogrąża się w ciemności, to wtedy jakaś telewizja albo portal chciałyby to pokazać.

O tej „cichej katastrofie" opowiadasz na Instagramie. Co ci daje obecność w takim medium?

– Możliwość rozmowy z pacjentem. Czyli to, czego nie miałem, pracując na SOR-ze. Gdy ludzie tam trafiają albo jadą w karetce, to interesuje ich tylko, by uśmierzyć ich ból. Nie da się takiej osobie spokojnie wytłumaczyć, że wskutek durnych przepisów nie mogę

samodzielnie podać jej morfiny. Zestresowany i obolały człowiek nie chce słuchać o systemowych absurdach, a ja, też zestresowany i przemęczony, nie miałbym nawet siły tego wyjaśniać. Kiedy ktoś trafia do mnie jako pacjent, jest już za późno na to, byśmy mogli się porozumieć. Dlatego lubię Instagram i YouTube'a, bo docieram do osób, które w zaciszu własnego domu mają chwilę, żeby wysłuchać tego, co medyk ma do powiedzenia. Dzięki temu może choć jedna osoba zapamięta, że złamany palec to nie jest powód, żeby dzwonić po karetkę, bo istnieją też inne formy pomocy medycznej; albo że gdy rodzi ci się dziecko, to warto zawczasu sprawdzić, gdzie jest najbliższy SOR pediatryczny. Co w przyszłości może zapobiec sytuacji, w której zdenerwowany ojciec drze się na ratownika na oddziale dla dorosłych, bo nie zajął się jego dzieckiem. No nie zajął się, bo oddział pediatryczny jest w innym szpitalu! Tylko że wtedy już tego nie wytłumaczysz. Czas na edukowanie pacjenta był wcześniej. I gdyby resortem zdrowia rządzili ludzie ogarnięci, to mądrze zrobione kampanie informacyjne na takie tematy hulałyby po internecie już od dawna.

Zdarza ci się tracić cierpliwość do pacjentów?

– Zdarzyło mi się nakrzyczeć na obolałą dziewczynę z zapaleniem cewki moczowej, która przyszła na SOR o czwartej nad ranem. Nie chcę się wybielać, bo szczerze żałuję mojej reakcji, ale chcę, żeby ludzie zrozumieli, jak bardzo moja praca zmienia postrzeganie rzeczywistości. Ta pacjentka podeszła do mnie w momencie, kiedy ścierałem z butów krew i wymiociny człowieka, którego reanimowaliśmy 15 minut wcześniej. Krzyknąłem na nią, bo miałem dość. A nie dlatego, że jestem bezdusznym, pozbawionym empatii robotem. Przez większość czasu naprawdę staram się być takim medykiem, na którego sam chciałbym trafić.

To zresztą nie dotyczy tylko mnie: wiele razy byłem świadkiem sytuacji, w których lekarze i lekarki tracili nad sobą panowanie. W idealnym świecie nazwałbym takie zachowanie nieprofesjonalnym. Ale w świecie rzeczywistym widzę człowieka, który przyjął w danym dniu 45 pacjentów i dopiero pijany pacjent nr 46 wyprowadził go z równowagi. Nie usprawiedliwiam tego, ale to rozumiem.

„SOR to lustro, w którym przegląda się polskie społeczeństwo" – napisałeś w jednym ze swoich postów. Co widziałeś w tym lustrze?

– Mamy jako społeczeństwo problem z alkoholem. To w ogóle nie jest dla mnie kwestia do dyskusji. Szacuję, że ludzie „pod wpływem" lub ze schorzeniami wynikającymi ze spożycia alkoholu stanowili na wrocławskim SOR-ze dwie trzecie wszystkich pacjentów. Kolejna obserwacja: nie istnieje u nas profilaktyka. Nie mamy w zwyczaju badania się i wsłuchiwania w swój organizm. Jesteśmy zawsze najmądrzejsi, oczywiście do czasu.

Nie dbamy o seniorów i traktujemy ich jak zło konieczne. W mediach głośno było parę lat temu o „świątecznej babce", czyli zjawisku „podrzucania" przed świętami do szpitali babć i dziadków. Z jednej strony to potworne, ale z drugiej – jeśli taka babcia jest po trzech wylewach i ma niewydolne serce, to skąd ten krewny ma wiedzieć, jak ma się nią zająć? Rodzina zostaje w takiej sytuacji sama. Państwo ma ją gdzieś. Dlatego poniekąd tych ludzi rozumiem, choć absolutnie nie pochwalam tego, co robią. Jeszcze bardziej wkurza mnie to, że wbrew całemu patriotycznemu wzmożeniu nie dbamy też o bohaterów wojennych. Z pracy w Warszawie pamiętam pacjentów uczestników powstania warszawskiego, którzy trafiali na SOR w bardzo kiepskim stanie.

O najmłodszych też się zresztą nie troszczymy. Pamiętam dwóch nastolatków, ewidentnie w sobie zakochanych, którzy trafili na oddział po próbie samobójczej. Przyjechali ich rodzice i zaczęli się na tych chłopaków wydzierać. A potem obie rodziny zaczęły się wydzierać na siebie nawzajem. Tylko dlatego, że dwóch młodych ludzi się w sobie zakochało. Takim właśnie jesteśmy społeczeństwem.

To z powodu pracy zachorowałeś na depresję?

– Wiesz, że aż 60 procent ratowników może mieć zaburzenia ze spektrum depresji? Powoli robi się z tego nasza choroba zawodowa. Na Kongresie Ratowników Medycznych w 2020 roku, który odbył się online, psycholożka Małgorzata Wypych powiedziała, że wśród ratowników z depresją aż połowa miała przynajmniej raz myśli samobójcze. Widzę ten problem w najbliższym otoczeniu. Na wrocławskim oddziale, gdzie pracowałem, osiem osób powiedziało mi, że biorą leki antydepresyjne. W ciągu ostatniego roku słyszałem o dwóch próbach samobójczych wśród ratowników. Problem jest i udawanie twardziela niczemu i nikomu nie służy. Zamiast ściemniać, mówię, że były momenty, zwłaszcza na początku pandemii, gdy ta choroba zaczynała nade mną dominować – miałem lęki związane z sytuacją, doła, i potrzebowałem leków. I myślę, że dla zwykłego Kowalskiego świadectwo chłopaka takiego jak ja, który do dziś się leczy i chodzi na terapię, jest nawet lepsze niż opowieści księżnej Meghan czy innych celebrytów. Może taki człowiek, zamiast się dłużej męczyć, pomyśli: „Skoro ratownik leczy się na depresję, to nie jest to powód do wstydu".

Tekst ukazał się w „Wyborczej" we wrześniu 2021 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI

Miałem dość ciągnięcia wózka z chorym synem

Dlaczego opiekunowie niepełnosprawnych osób żyją w ciągłej depresji?

LUDMIŁA ANANNIKOVA

Fot. Shutterstock

Osób, które mają prawne potwierdzenie niepełnosprawności, są w Polsce ponad trzy miliony. Drugie tyle to faktyczni niepełnosprawni bez orzeczeń.

Ewa, tłumaczka z języka hiszpańskiego, zachorowała na depresję, kiedy jej syn Dominik poszedł do integracyjnej podstawówki. Diagnozę autyzmu postawiono, gdy miał trzy lata. Późno zaczął mówić, z trudem nauczył się czytać i pisać, do dziś ma trudności ze zrozumieniem przeczytanego tekstu. – To był ciągły lęk i morze łez – opisuje swój ówczesny stan Ewa. – Czy sobie poradzi, czy rówieśnicy nie będą go wykluczać?

Jako pierwsza poszła po pomoc do psychiatry. Robert, jej mąż, wytrzymał dłużej, rozładowywał stres na treningach karate i kick-boxingu, grał na perkusji. Ale w końcu i jemu przestało to wystarczać. – Bez leków nie dalibyśmy oboje rady – mówi.

– Rodzina z niepełnosprawnym dzieckiem żyje w nieustannym kryzysie – opowiada Ewa. – W stanie ciągłej gotowości bojowej. W Stanach Zjednoczonych zbadano, że matki dzieci z autyzmem mają poziom kortyzolu taki jak weterani wojenni. Dlatego wielu z nas jest na lekach. Ludzie wstydzą się o tym mówić, ale jak kiedyś się przyznałam do tego w towarzystwie, okazało się, że cztery z pięciu obecnych osób również się leczą.

Prawdziwy kryzys przyszedł, gdy Dominik skończył specjalne niepubliczne liceum pod Warszawą i wrócił z internatu, w którym mieszkał przez trzy lata. – Poczuł się zamknięty w czterech ścianach. Woziliśmy go na dzienne zajęcia do niepublicznego ośrodka dla osób z autyzmem, ale to nie wystarczało, potrzebował dawnego towarzystwa – mówi Ewa. Od wychowawczyni z liceum usłyszeli, że wielu wychowanków po zakończeniu szkoły choruje na depresję. U Dominika jednym z objawów była agresja.

– Wpadał w szał, jakby ktoś nagle włączył przycisk – opowiada Robert. – Nigdy nie wiedzieliśmy, co się za chwilę wydarzy. Żonę

łapał za włosy, wiele razy ją uderzył. Na początku siłą go powstrzymywałem, ale to jeszcze bardziej go nakręcało. Lekarz zalecił, żeby żona sama próbowała go wyciszyć, a ja miałem się wycofać i nie reagować na jego zaczepki, bo wtedy rzucał się na mnie. Baliśmy się własnego syna.

– Potrafił mnie szarpnąć, gdy prowadziłam samochód – mówi Ewa. – Krzykiem wymuszał, żebym przyszła do niego w nocy. Jak zamykaliśmy drzwi do sypialni, to w nie walił. W dodatku sąsiedzi zaczęli nam zwracać uwagę, że powinniśmy coś z nim zrobić. Kilka razy wzywali policję, bo tak głośno krzyczał.

Ewę przerażał też szloch syna. Nazywa go egzystencjalnym. – Taki głęboki płacz nad własnym życiem. Mówił, że tęskni za internatem, używał tego słowa, miał tam kolegów i koleżanki, zżył się z nimi. Dla rodzica to straszne: widzieć, że twoje dziecko jest świadome, że nigdy nie będzie żyło tak, jak by chciało, tak jak inni. I że będzie zawsze od ciebie zależne.

Gdy przyszła pandemia i zabrakło nawet tych nielicznych dziennych zajęć, Robert i Ewa poszli po większą dawkę leków. – Dorosły chłop, a nieraz szlochałem jak dziecko – wspomina Robert. – Miałem złe myśli. Żeby ze sobą skończyć. Miałem dość ciągnięcia wózka z chorym synem, nie widziałem żadnego światła w tunelu. Powstrzymywała mnie wiara w Boga. Podobnie Ewa. – Miałam myśli, żeby jadąc z Dominikiem samochodem, nie zatrzymać się na światłach i w coś wjechać – przyznaje.

Córka Roberta i Ewy też ciężko to przeżywała. Już wcześniej zdiagnozowano u niej borderline. Od lat chodzi na terapię, za którą płacą rodzice. Jej problemy emocjonalne, uważa Ewa, też wynikają

częściowo z niepełnosprawności brata. Mogła uważać, że to on jest dla rodziców ważniejszy.

O swojej terapii Ewa i Robert nawet nie myślą. Nie tylko z powodów finansowych – już teraz wydają na leczenie psychologiczne i psychiatryczne co miesiąc około 1000 złotych – ale też nie widzą w tym sensu. – Terapia zakłada, że w życiu nastąpi jakaś zmiana, a nasza sytuacja jest stała – wyjaśnia ona.

Gdy całkiem przestali sobie radzić, na polecenie psychiatry zawieźli Dominika do szpitala psychiatrycznego. Spędził tam dwa tygodnie. Mimo że nie było odwiedzin, codziennie jeździli, żeby chociaż przez chwilkę zobaczyć syna na korytarzu, powiedzieć pielęgniarce, by podładowała mu telefon, sprawdziła, czy ma jeszcze czyste ubrania.

W najczarniejszym okresie dopuścili do siebie myśl, że mogliby oddać syna do domu pomocy społecznej. Sprawdzili kilka. Zakochali się w domu sióstr zakonnych dla dzieci z niepełnosprawnościami w Broniszewicach w Wielkopolsce, ale małe są szanse, że Dominika tam przyjmą.

– Chcielibyśmy, żeby to nie była przechowalnia, tylko prawdziwy dom, w którym Dominik będzie mógł szczęśliwie przeżyć życie – mówi Robert. – Najlepsze byłoby mieszkanie wspomagane. Nie chcemy, by cofnął się w rozwoju. On bardzo dużo rozumie. Potrzebuje miejsca, gdzie zadbają nie tylko o jego podstawowe potrzeby, ale też emocjonalne. A że na razie takiego miejsca nie widzę, to odganiam od siebie myśl o umieszczeniu go gdziekolwiek.

– Gdy Dominikowi zmieniono leki, sytuacja trochę się uspokoiła, więc ja też odsuwam tę myśl od siebie – dodaje Ewa. – Ale nie

jesteśmy wieczni. A nie chciałabym, by córka żyła w przekonaniu, że ta opieka spadnie na nią.

Dominik potrafi ich zapytać, co będzie w 2030 roku: czy oni umrą, a on będzie musiał pakować walizki i zostanie gdzieś wywieziony? Oboje czują więc nieustający lęk o przyszłość.

Z leków prawdopodobnie nigdy nie wyjdą. Psychiatra powiedział, że ich depresja jest wynikiem stresu, w jakim żyją.

Starają się wzmacniać syna, mówią mu, że są z niego dumni i że sobie ze wszystkim poradzi. Dziękują za każdy dzień, który mija spokojnie.

Uświadamiają też innych, że leczenie psychiatryczne to nic złego. Ewa zamieszcza na Facebooku informacje o depresji i telefonach zaufania, podaje namiary na lekarzy. – Nie można ukrywać depresji, bo zbyt wiele osób odbiera sobie życie – mówi. – Kilka lat temu jeden z ojców, opiekunów, powiedział mi, że myśli o rozszerzonym samobójstwie. Wtedy nie rozumiałam, dlaczego opowiada mi coś tak strasznego, a on był zdesperowany, zmęczony, bez nadziei. Zrozumiałam go, kiedy sama miałam takie myśli.

Czasem słyszała: „Jest pani taka dzielna!”

– Kiedyś koleżanka, też matka niepełnosprawnego dziecka, powiedziała mi, że co dwa lata przechodzi załamanie psychiczne. Zdałam sobie wtedy sprawę, że ze mną jest tak samo – mówi Dagmara, mama 26-letniego Marcina z autyzmem i znaczną niepełnosprawnością intelektualną.

Ostatni duży kryzys zaczął się w 2018 roku. Zanim nadszedł, Dagmarze wydawało się, że jest na fali: współorganizowała dużą

konferencję, dostała kilka propozycji współpracy, wróciła do swojej pasji – tańca: wyjechała na jedne warsztaty, potem na kolejne, organizując Marcinowi na miejscu opiekę.

I nagle psychicznie umarła. Jak robot zajmowała się synem, domem, w pracy dotrzymywała terminów. Resztę czasu spędzała w łóżku. Po sześciu miesiącach zgłosiła się do psychiatry. Zdiagnozował depresję. Nie pierwszą w życiu. Dostała leki.

Jest przekonana, że nikt nie zauważył jej gorszego samopoczucia. – Ludzie są tak przyzwyczajeni, że jako opiekunowie żyjemy na skraju wytrzymałości, że nie widzą, kiedy z tego skraju zaczynamy się zsuwać.

Poza lekami próbowała też terapii. Na pierwszą poszła, gdy Marcin miał 10 lat, była w trakcie rozwodu. – Chciałam się wzmocnić, by lepiej sobie poradzić w sądzie i przy podziale majątku, ale skutek był odwrotny – mówi. Zniknęło poczucie sukcesu i pewności siebie. Udana przeprowadzka z mniejszego miasta do Warszawy, zarządzanie zespołem w korporacji i łączenie tego z opieką nad Marcinem nagle przestały wydawać się wartościowe. Zobaczyła siebie jako osobę nieporadną, słabą. Musiała na nowo budować poczucie własnej wartości.

Kolejny duży kryzys nadszedł prawie osiem lat później, gdy ojciec Marcina przestał się nim interesować. Nie musiał już i nie chciał zabierać pełnoletniego syna na wakacje, nocowanie w tygodniu i w weekendy. Pozbawił Marcina swojej obecności, a Dagmarę wytchnienia w opiece nad dzieckiem.

– Wolny weekend dwa razy w miesiącu dawał mi poczucie, że mogę się rozwijać, spotykać z ludźmi, porządnie wyspać – mówi Dagmara.

– I nagle on mi to odebrał. Poczułam, że to koniec mnie. Przytyłam ponad 20 kilo. Zrezygnowałam z pracy na etat, bo sobie nie radziłam. Planowałam założenie działalności, ale to też się nie udawało. Byłam wściekła, ale to była depresja.

Mimo to przez kolejne lata nie chciała przyznać, że jej życie się zmieniło. Brała więcej zleceń, niż potrafiła udźwignąć, zaczynała kolejne kursy zawodowe, Marcinowi załatwiała na ten czas opiekę albo woziła do babci. Coraz więcej od siebie wymagała. – Myślałam: „Schudnij, chodź na imprezy, kup sobie coś ładnego, zrób kolejny kurs, jeszcze troszkę się postaraj, znajdź Marcinowi asystenta, a znów dołączysz do normalnego życia" – opowiada. – Aż zrozumiałam, że to oszukiwanie się, że nie daję rady fizycznie, psychicznie, finansowo. Nie miałam żadnego wsparcia systemu.

By przekwalifikować się z nerwowej pracy w czasopismach na książki, poszła na kurs polityki wydawniczej i księgarstwa, ale nie zdała egzaminu, bo nie miała z kim tego dnia zostawić Marcina. Załamała się, nie miała sił dogadywać się z uczelnią. Miała rok nauki w plecy. Raz myślała, że jest odważna i sprawcza, a innym razem, że się ledwo czołga.

Czasem słyszała od terapeutów: „Jest pani taka dzielna!". Wkurzało ją to, bo przyszła do nich, żeby taką nie być. Ale zdarzały się też dobre rady: na przykład, że nie powinna nazywać swojego życia „walką", bo ta walka nigdy się nie skończy, tylko by mówiła o wyborach, decyzjach. Choć i to nie do końca była prawda. Nie wybrała samotnego wychowywania niepełnosprawnego syna.

Inny uświadomił jej, że czasem powinna dać sobie przestrzeń do bycia słabą, że dziecko może mieć jakieś niewygody. – To były wartościowe rady, ale żadna z terapii mi w pełni nie pomogła –

mówi Dagmara. – Bo nawet jak się wygadałam, to wracałam do domu, gdzie Marcin bez przerwy się poruszał, mówił, klaskał. Nie miałam dla siebie żadnej przestrzeni. No i kończyłam terapie przed czasem, bo pogarszała się moja sytuacja finansowa albo dochodziły nowe obowiązki i nie miałam czasu.

Gdy kolejny psycholog w opinii, niezbędnej do podjęcia kolejnej terapii na NFZ, napisał, że jej problemy psychiczne są skutkiem sytuacji życiowej, była zła, że znowu ktoś widzi w niej tylko matkę Marcina, a nie ją samą. Ale zaczęło do niej docierać, że powinna więcej odpuszczać, bo łączenie opieki z pracą i zapewnienie Marcinowi terapii to i tak dużo.

Ostatnią terapię grupową Dagmara przeszła dwa lata temu. Chciała zobaczyć innych ludzi z problemami i być może poczuć się zwyczajna. Udało się połowicznie: – Gdy opowiedziałam o swoim życiu, znów zostałam bohaterką – mówi. – Ale też zobaczyłam, że inni również cierpią z powodu zmęczenia, niepokoju, lęku, mimo że nie mają niepełnosprawnych dzieci. Przepracowałam tam też lęk separacyjny. Byłam zaskoczona, że terapeuci drążą ten temat, bo nie czułam się nadopiekuńczą matką. A jednocześnie spóźniałam się na spotkania, bo bałam się zostawić Marcina samego, gdy czekał na szkolnego busa. Na terapii zrozumiałam, że mój lęk jest bezpodstawny i syn jako osoba autystyczna będzie stał w miejscu do przyjazdu transportu. Zwykle już w drodze do metra dostawałam od kierowcy SMS-a, że jedzie do szkoły.

Po jakimś czasie tak bardzo się z tym oswoili, że Marcin dostał klucze i zaczął sam wracać z przystanku do mieszkania. Gdy Dagmara przyjeżdżała z terapii, on już odgrzewał sobie zupę.

Gdy rozmawiamy, Marcin co kilka minut krzyczy, domagając się uwagi matki. Dagmara odpowiada mu, zlecając kolejne zadania: zrób herbatę, wstaw wodę na makaron. To odciąga jego uwagę.

Prawdziwą zmianą w życiu Marcina i Dagmary byłoby, jak w przypadku Dominika i jego rodziców, mieszkanie chronione. Takie, w którym Marcin i kilka innych osób mogliby prowadzić – pod okiem asystenta – maksymalnie samodzielne życie. Wtedy swoje życie odzyskałaby też Dagmara.

Boi się, co będzie, gdy zabraknie jej sił.

Siostra chorych sióstr

– Od zawsze wiedziałam, że będę musiała w przyszłości zaopiekować się siostrami, bo tak byłam wychowywana – mówi 38-letnia Dorota z Poznania. – Ale nie myślałam, że stanie się to tak szybko.

Spadło to na nią 11 lat temu. Była kilka lat po studiach, pracowała w pomocy społecznej.

– Mama zmarła w 2010 roku. Ojciec jeszcze wcześniej, jak byłyśmy małe – opowiada.

Ula i Asia, siostry Doroty, mają 35 i 36 lat. Diagnoza: znaczna niepełnosprawność intelektualna i padaczka lekooporna. Pochodzenie niepełnosprawności – nieznane. Dodatkowo każda z nich ma jeszcze inne schorzenia, jak zaburzenia zachowania i odżywiania, insulinooporność, astma.

Dorota zabrała je do siebie, do Poznania. Z Adamem, z którym wtedy spotykali się już pięć lat, zdecydowali, że spróbują sobie

poradzić. Szybko zrozumieli, jaki to ogromny wysiłek.

– Znaleźliśmy dzienny ośrodek, gdzie Ula i Asia miały kilka godzin zajęć, ale to nie wystarczało, żebyśmy mogli spokojnie pracować – mówi Dorota. – Żeby wszystko pospinać, potrzebowaliśmy opiekunki, ale pomoc społeczna nam odmówiła. Powiedzieli, że skoro pracujemy, musimy sobie poradzić sami.

Poczuła, że system wcale nie chce, żeby pracowała, tylko żeby została z siostrami w domu.

Przez dwa lata jakoś godzili opiekę z pracą. W końcu zdecydowali, że spróbują z domem pomocy społecznej. I wtedy Dorota wpadła w depresję. – Dopóki one były w domu, trzymałam się w pionie, łączyłam opiekę z pracą i związkiem, a tu nagle się rozsypałam. Żżerało mnie poczucie winy, zawodu, że nie dałam rady. Czułam, że nie panuję nad swoim życiem.

Rozstała się z Adamem, mimo że on tego nie chciał. – Czułam, że robię mu krzywdę, że i tak zmarnował dla nas za dużo życia i się poświęcił. Wtedy pierwszy raz sięgnęłam po leki – mówi Dorota.

Minęły dwa lata i Dorota zdecydowała się zabrać siostry z DPS-u. – Czułam, że nie jest im tam dobrze. Dostawały jedzenie, miały wyprane rzeczy, ale to była przechowalnia. Uli prawdopodobnie podawano lek psychiatryczny, żeby była mniej problematyczna. Jak przyjeżdżałam, była półprzytomna. Czułam, że jeśli je tam zostawię, to za rok nie będę miała kogo odwiedzać.

Zrezygnowała z pracy i przeszła na świadczenie pielęgnacyjne wysokości płacy minimalnej. Wyleczyła Ulę z grzybicy, chodziła z nią do psychiatry. Sama też ciągle brała leki. Poszła na kolejną

terapię grupową, ale nie znalazła zrozumienia. – Gdy mówiłam o wyrzutach sumienia z powodu oddania sióstr, słyszałam, że przesadzam, że inni by już dawno je zostawili – wspomina.

Zerwała kontakt z przyjacielem, który uważał, że tą decyzją wyrządziła sobie krzywdę i że szuka problemów. Od kogoś innego usłyszała, że nie rozumie, czemu tak się angażuje. Przecież to tylko rodzeństwo, a nie jej własne dzieci.

Gdy nie wyrabia psychicznie, idzie ze znajomymi na spacer albo na piwo, ale czuje, że robi to kosztem sióstr. – Zostawiam je same. Co, jak się zdarzy wybuch gazu, pożar? Są zamknięte w domu, nikt nie wie, że są same. A jak któraś będzie miała stan padaczkowy, uderzy się w skroń i umrze? Za każdym razem towarzyszą mi poczucie winy i lęk, że po powrocie czeka mnie kryminał.

W tej chwili kilka razy w tygodniu do Asi i Uli przychodzi terapeutka z pomocy społecznej. Teoretycznie powinna dać Dorocie czas dla siebie, ale ponieważ jest jedna, a podopieczne są dwie, Dorota i tak im często towarzyszy.

– Inni mówią, że jestem bohaterką, ale ja czuję, że wiele rzeczy zawalam – wzdycha Dorota. – Nie zawsze udaje mi się ogarnąć dziewczyny rano, żeby dotarły na zajęcia do dziennego ośrodka. Bo albo sama nie mogę spać w nocy, albo któraś ma atak i też się nie wysypiam. Później mam poczucie winy, że siostry przez to tracą. W domu mamy wieczny bałagan, bo robię tylko to, co konieczne, czyli codziennie pranie. Siostry pod tym względem są jak dzieci: brudzą się, ślinią.

To wszystko doprowadziło Dorotę do decyzji, by jeszcze raz spróbować z domem opieki. Tym razem Ula i Asia pojadą do DPS-u

pod Wrocławiem, nowego, kameralnego, starannie wybranego. – Dla nas wszystkich będzie jednak lepiej, jeśli ja będę miała swoje życie i pracę, a Ulę i Asię będę odwiedzać i wspierać – mówi Dorota. Jest przekonana, że w podjęciu decyzji pomogła jej terapia. Ale leków na razie odstawiać nie chce. – Odwiezienie sióstr, ich adaptacja, potem mój powrót na rynek pracy po siedmiu latach przerwy to ogromny stres i bałabym się, że bez tabletek nie podołam. Dwa razy odstawiałam leki i raz skończyło się na silnych myślach samobójczych. Nie będę ryzykować.

Imiona niektórych bohaterów zmieniłam na ich prośbę – autorka

Tekst ukazał się w „Wyborczej" w sierpniu 2021 r.

WRÓĆ DO SPISU TREŚCI